ИЗВѢСТІЯ

ИМПЕРАТОРСКАГО

ТОМСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Книга XXXIV.



ТОМСКЪ.
Типо-литографія Сибирск. Т-ва печатн. дѣла, уг. Двор. ул. и Ямск. пер., с. д.
1909.

ОТЧЕТЪ

ХИРУРГИЧЕСКОЙ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО Томскаго Университета.

за 190^{3}|$_{7}$ учебные годы.

Составленъ ординаторомъ В. М. Аристовскимъ.

Подъ редакцiей В. Ф. Дагаева.

ТОМСКЪ.
Товарищество „Печатня С. П. Яковлева“, Макаровск. пер., соб. д., № 4.
1909.



ОГЛАВЛЕНIЕ.

Стр.

Поврежденiя и болѣзни головы и лица 1
Гнойное воспаленiе сосц. отростка 18
Болѣзни шеи 25
Болѣзни груди 41
Болѣзни пищевода 55
Болѣзни живота и брюшной полости 57
Болѣзни желудка 57
Болѣзни печени 61
Новообр. брюш. пол. 66
Заболѣванiе слѣпой кишки и червеобр. отростка . . 73
Пупочныя грыжи, бѣлой линiи и брюшной стѣнки . . 96
Паховыя грыжи 101
Почки 132
Мочевой пузырь 138
Камни мочев. пузыря 138
Ракъ мочевого пузыря 141
Яичко, сѣмянной канатикъ и мочеиспускательный каналъ 142
Водянка яичка 142
Расширенiе венъ сѣмянного канатика 147
Опухоли яичка 150
Заболѣванiя прямой кишки и задняго прохода . . . 158
Ракъ прямой кишки 158
Выпаденiе прямой кишки 160
Геморрой 162
Болѣзни и поврежденiя конечностей 180
Верхнiя конечности 180
Нижнiя конечности 190

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Въ 1904 году изданъ былъ подробный отчетъ хирургической факультетской клиники за предыдущій $190^2/_3$ академическій годъ. Этотъ отчетъ, по предложенію проф. Н. А. Роговича, долженъ былъ начать собою цѣлую серію ежегодныхъ отчетовъ, но Русско-Японская война, отвлекшая половину врачебнаго персонала клиники на театръ военныхъ дѣйствій, задержала осуществленіе этого предложенія. Вотъ почему настоящій отчетъ выходитъ сразу за четыре года. Это обстоятельство не могло не отразиться на полнотѣ, а отчасти ясности и подробности изложенія отчета: нѣкоторые скорбные листки—правда очень небольшое число—оказались утерянными и не вошли въ отчетъ; составлять отчетъ пришлось лицу новому, неработавшему въ клиникѣ въ отчетное время, а потому и не наблюдавшему лично операцій и клиническаго теченія болѣзней. Тѣмъ не менѣе издаваемый отчетъ ясно характеризуетъ дѣятельность клиники за отчетное время, а дополняя собой серію ежегодныхъ отчетовъ, можетъ служить матеріаломъ и для тѣхъ или другихъ статистическихъ выводовъ.

Порядокъ отчета основанъ на распредѣленіи заболѣваній по областямъ тѣла, при чемъ предъ нѣкоторыми отдѣлами, обнимающими сравнительно большой и однообразный клиническій матеріалъ, приведены обобщающія цифровыя данныя. Общихъ же выводовъ изъ всего отчета о процентахъ нагноенія, смертности и пр. я не дѣлаю въ виду крайняго разнообразія клиническаго матеріала, мало годнаго для такихъ выводовъ.

В. Дагаевъ.

Поврежденія и болѣзни головы и лица.

Всего больныхъ съ поврежденіями головы и лица за отчетное время было въ клиникѣ пятьдесятъ. Двое изъ нихъ выбыли изъ клиники безъ операціи, такъ какъ имѣвшіеся у нихъ процессы злокачественныхъ новообразованій перешли границы возможности оперативнаго вмѣшательства. Въ десяти случаяхъ клиническое леченіе сводилось къ раціональному уходу за имѣвшимися ранами. Остальнымъ тридцати восьми больнымъ сдѣланы были соотвѣтствующія операціи. Первое мѣсто между ними по количеству занимаетъ трепанаціи сосц. отростка (14 случ.) вслѣдствіе гнойнаго воспаленія средняго уха и сосц. отростка. Во всѣхъ случаяхъ сдѣлана была типическая трепанація съ широкимъ вскрытіемъ antrum mostoidei. У четырехъ больныхъ сдѣлана была стофилорафія по случаю дефекта мягкаго и твердаго неба, величина дефекта твердаго неба колебалась отъ величины 15 коп. монеты до $^2/_3$ длинника твердаго неба. Операція производилась подъ мѣстной анэстезіей въ сидячемъ положеніи больного. Дефектъ закрывался сдвиганіемъ слизисто-надкостничныхъ лоскутовъ, которые отсепаровывались съ твердаго неба послѣ разрѣза по внутреннему краю зубовъ той и другой стороны, при чемъ сбивались долотомъ hamuli pteryhoidei. Во всѣхъ случаяхъ получился прочный рубецъ, давшій полное удовлетвореніе больнымъ.

Поврежденія и болѣзни головы и лица.

1) Cancer liuguae et faucis.

Ф. Б., 65 лѣтъ, женатъ. Перенесъ малярію и два раза брюшной тифъ. Въ наслѣдствѣ злокачественныхъ опухолей нѣтъ. Заболѣваніе во рту замѣтилъ въ началѣ іюля: чувствовалась неловкость при глотаніи, на корнѣ языка появился прыщикъ.

Тѣлосложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. Паховыя железы увеличены и тверды на ощупь. Лѣвая щека припухла. Лѣвая подчелюстная железа увеличена до орѣха, тверда. Такая же твердая железа величиною съ орѣхъ прощупывается на шеѣ справа. Во рту на корнѣ языка слѣва, на лѣвой передней дужкѣ и лѣвой миндалинѣ прощупывается опухоль сант. 7—6 въ діаметрѣ, съ развороченными твердыми краями, кровоточащая, покрытая слизисто-гнойнымъ отдѣляемымъ; въ окружности ткани инфильтрированы, тверды. Подвижность нижней челюсти въ значительной степени ограничена. Опухоль глубоко повидимому проникаетъ въ окружающія ткани, близко подходитъ къ большимъ сосудамъ шеи.

Случай признанъ неоперируемымъ.

2) Cancer anguli oris dextri.

М. Д., 60 лѣтъ, чернорабочій изъ Каинска, поступилъ въ клинику 16/x выписался 20/xi—1903 г.

Года два тому назадъ у праваго угла рта появился прыщикъ; больной нѣсколько разъ его срывалъ, но прыщикъ не исчезалъ, а наоборотъ увеличивался; мѣсяца два тому назадъ прыщикъ изъязвился, язва стала быстро рости въ окружности и вскорѣ проѣла толщу щеки.

Въ настоящее время у праваго угла рта имѣется дефектъ щеки приблизительно круглой формы съ діаметромъ въ 4 сант., края дефекта изъязвлены, развορочены, приподняты, тверды; такіе же края дефекта извнутри въ полости рта. Прощупываются увеличенныя, плотныя лимфатическія железки справа у внутренняго края m-li Sterno-leido motoidei.

Больной сильно истощенъ. Сосуды склерозированы. Другихъ уклоненій отъ нормы нѣтъ.

27 октября. Операція подъ хлороформомъ—1 ч. 30 м., хлороформа израсходовано 45,0.

Выкроенъ лоскутъ съ шеи: горизонтальный верхній разрѣзъ на уровнѣ подъязычной кости отъ внутренняго края грудиноключичной мышцы одной стороны до внутренняго же края другой; затѣмъ вертикальный разрѣзъ слѣва по наружному краю m-li St. cl. mostoidei и нижній горизонтальный пальца на два выше грудины; изъ этого разрѣза удалены уплотненныя железы. Очерченный лоскутъ взятъ съ platisma myoides и поверхностной фасціей. Затѣмъ вырѣзана язва на щекѣ, разрѣзъ шелъ по здоровымъ тканямъ отступя приблизительно на 1 сант. отъ краевъ язвы. Вырѣзанный лоскутъ сложенъ вдвое и пришитъ къ краямъ раны такъ, что кожныя поверхности были обращены какъ наружу, такъ и въ полость рта. Получившійся дефектъ на шеѣ закрытъ стянутой кожей за исключеніемъ очень небольшихъ участковъ. Вставленъ небольшой тампонъ подъ кожу на шеѣ и въ полость рта.

На другой день тампоны удалены, лоскутъ свѣжъ. Черезъ три дня началось омертвѣніе лоскута у угла рта, а затѣмъ внутренняго листика, послѣдній омертвѣлъ цѣликомъ, и его пришлось удалить, у угла же рта омертвѣніе было незначительное, увеличившее отверстіе рта вправо сант. на $1^1/_2$; въ остальныхъ мѣстахъ лоскутъ приросъ хорошо. 20 октября больной выписался вполнѣ довольный своимъ состояніемъ.

3) Cancev maxillae inferioris.

И. М. 51 г. изъ Красноярска, поступилъ въ клинику 16 октября, выписался 4 декабря 1903 года.

Заболѣлъ въ іюнѣ 1902 года: сталъ чувствовать боли въ подъязычной области особенно при пріемѣ раздражающихъ веществъ (водка, горячая пища). Въ сентябрѣ въ клиникѣ констатирована была канцероматозная опухоль дна рта, переходящая на правую боковую поверхность языка. Черезъ распилъ нижней челюсти по средней линіи опухоль была удалена, вылущены подчелюстныя лимфатическія железы, другія железы не прощупывались. Выписался здоровымъ безъ всякихъ слѣдовъ рецидива. Рецидивъ лѣтомъ 1903 года: опухоль у края нижней челюсти слѣва и на шеѣ справа. Поступилъ въ клинику въ октябрѣ. У внутренняго края нижней челюсти слѣва твердый узелъ въ голубиное яйцо, мало подвижный относительно челюсти, кожа надъ нимъ нормальна; другой узелъ у внутренняго угла m-li ster. cl. mostoid на уровнѣ подъязычной кости, слегка подвижный.

20 октября. Операція—вылущеніе узловъ. Узлы эти представляли собой раковопереровжденныя лимфатическія железки, уже распавшіяся. Вылущеніе ихъ представляло значительное затрудненіе. Лѣвый внутренній утолщенный край челюсти сбитъ долотомъ. Рана затампонирована. Заживленіе гладкое. 4 декабря больной выписался съ еще не вполнѣ зарубцевавшейся раневой поверхностью.

Черезъ три недѣли опухоль начала рецидивировать по рубцу. Въ январѣ больной явился въ клинику: всѣ ткани верхней части шеи слѣва инфильтрированы, спаяны съ кожей и челюстью, опухоль переходитъ на переднюю и правую поверхность шеи. На мѣстѣ рубца слѣва язва съ зловоннымъ отдѣляемымъ, сант. 3 въ длину и $1^1/_2$ въ ширину.

Случай признанъ неоперируемымъ.

4) Cancer orbitae.

Больной И. К., 58 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Лѣтъ восемь тому назадъ на нижнемъ вѣкѣ праваго глаза появился прыщикъ, похожій на ячмень. Больной его выдавилъ, послѣ чего получилось затверденіе, черезъ нѣсколько времени на нижнемъ вѣкѣ появилась язва. Съ годъ тому назадъ начало вытекать стекловидное тѣло. Больной обратился въ городскую больницу, гдѣ сдѣлана enucleacio oculi dextri; вѣки зашиты; мѣсяца черезъ два у внутренняго угла глазницы снова появилась опухоль.

Въ настоящее время язвенная поверхность занимаетъ всю глазницу и оба вѣка праваго глаза, спускаясь внизу до fossa canina, переходитъ на переносицу. Язва съ ихорознымъ зловоннымъ отдѣляемымъ.

Дѣлались перевязки съ марганцево-кислымъ кали. При изслѣдованіи зондомъ видно, что опухоль идетъ далеко по направленію къ рѣшетчатой кости и видимо проникаетъ въ полость черепа. Въ операціи отказано.

5) Саркома Гайморой и носовой полостей.

Ф. А. Е., 46 лѣтъ, замужняя. Происходитъ изъ здоровой семьи. Въ 30 лѣтъ перенесла брюшной тифъ и суставной ревматизмъ. Два года назадъ въ правой ноздрѣ появилась небольшая опухоль, мѣшавшая свободно дышать, при чемъ были сильныя боли въ носу и во лбу. Съ теченіемъ времени опухоль увеличивалась и стала кровоточить. Принявши опухоль за полипъ, врачъ удалилъ ее, но она скоро появилась опять. Такое удаленіе предпринималось потомъ нѣсколько разъ еще, но съ одинаковымъ успѣхомъ. Съ діагнозомъ саркомы больная была направлена въ клинику.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе подорвано. Внутренніе органы ничего патологическаго не представляютъ. На правой щекѣ подъ краемъ глазницы находится опухоль, продолжающаяся въ носовую полость, гдѣ она локализируется на мѣстѣ средней раковины. Опухоль эта величиной съ голубиное яйцо, имѣетъ гладкую поверхность и тверда на ощупь. При сильномъ надавливаніи немного кровоточитъ.

13 декабря. Операція. Разрѣзъ видоизмѣненный Diffenbach'a, линія разрѣза шла отъ наружнаго края глазничной впадины по нижнему краю mli orbicul къ внутреннему углу орбиты, по sulcus noso-buccalis спускалась внизъ до кончика носа, огибала ноздрю и проходила по серединѣ губы, разсѣкая ее пополамъ. Кожа съ надкостницей отвернута въ сторону, произведена частичная резекція верхней челюсти: удалена передняя стѣнка Гайморовой полости и открыта носовая. Обѣ эти полости оказались занятыми опухолью, которая и была удалена по частямъ острой ложкой и ножницами. Вмѣстѣ съ опухолью удалена часть рѣшетчатой кости, изъ которой опухоль брала свое начало.

Въ полости вставлены тампоны, рана зашита.

Продолжительность операціи 35 м., хлороф. 10,0:

15 декабря. Перевязка. Края раны хорошіе.

Перевязки черезъ день. Состояніе раны хорошее.

24 декабря. Рана зажила совсѣмъ.

25 декабря. Больная выписалась.

6) Sarcoma ostis ethmoidei.

I. K., 36 лѣтъ, женатъ. 2 года тому назадъ сталъ замѣчать, что въ носу сохнетъ. Безъ всякаго результата принялъ 90 ртутныхъ втираній. Годъ тому назадъ въ лѣвомъ носовомъ проходѣ была врачемъ констатирована опухоль. Три раза дѣлали выскабливаніе—успѣха никакого: опухоль росла, въ спинкѣ носа появились боли.

Больной удовлетворительнаго питанія. Внутренніе органы здоровы. Весь лѣвый носовой ходъ занятъ опухолью, не доходящей до наружнаго носоваго отверстія приблизительно на 1 сант. Цвѣтъ опухоли красноватый, на нѣкоторыхъ мѣстахъ съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Раковины совершенно не видны. Точно такого-же характера опухоль имѣется и въ правомъ носовомъ проходѣ, но меньшихъ размѣровъ. Изъ обѣхъ ноздрей выдѣляется кровянистая жидкость, опухоль спускается въ носоглоточное пространство.

29 ноября. Операція. Наркозъ морфійно-хлороформенный. Ножницами введенными въ лѣвую ноздрю, расщеплена спинка носа до корня. Долотомъ сбита носовая кость и носовой отростокъ верх-

ней челюсти. Образованый лоскутъ отвернутъ кнаружи. Опухоль проникала въ Гайморову полость и черезъ перфорированную перегородку въ правой носовой ходъ. Опухоль удалена острой ложкой. Тампонъ въ носъ. На кожу швы. Тампоны перемѣнялись каждый день. Температура нормальна.

8 октября. Выписался съ гладкимъ заживленіемъ.

7) Cancev labii ioferioris.

Л. Д., 44 лѣтъ, женатъ скотоводъ. На нижней губѣ язва съ вывороченными краями, твердыми.

23 сентября. Вылущены подчелюстныя лимфатическія железы съ обѣихъ сторонъ, слѣва—подчелюстная слюнная. Раковая опухоль губы вырѣзана въ видѣ треугольника, края котораго были стянуты швами.

27 сентября. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

28 сентября. Выписался.

8) Cancev gl. submaxillaris recidiva.

Д. С., 46 лѣтъ. Два года тому назадъ былъ оперированъ по поводу рака нижней губы. Черезъ годъ рецидивъ. Въ настоящее время подъ нижней челюстью—плотная, бугристая, неподвижная опухоль.

6 октября. Подъ хлороформомъ (12,0) опухоль удалена съ частью нижнечелюстной кости. Продолжительность операціи 20 мин.

Перевязка черезъ день. Рана хорошо гранулировала.

16 октября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

8 декабря. Снова поступилъ въ клинику съ рецидивомъ опухоли на нижнечелюстной кости.

9 декабря. Операція. Резецирована лѣвая половина челюсти. Дефектъ закрытъ кожномышечнымъ лоскутомъ, взятымъ съ шеи. Заживленіе вторымъ натяженіемъ.

22 января. Удалена подозрительная часть подчелюстной железы справа.

25 января. Рана закрылась. Выписанъ.

9) Sarcoma orbitae.

Е. З., 40 лѣтъ, женатъ, хлѣбопашецъ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ выпячиваніе лѣваго глаза. Скоро пропало зрѣніе. Опухоль росла очень быстро. Въ настоящее время глазное яблоко оттѣснено кверху и кнаружи и скрыто подъ верхнимъ вѣкомъ, которое значительно растянуто. Въ нижневнутреннемъ углу глазницы растетъ опухоль, спаянная съ глазнымъ яблокомъ Ве-

личина опухоли съ куриное яйцо. При подниманіи верхняго вѣка видна прозрачная роговица и зрачекъ. Полная потеря зрѣнія на этотъ глазъ.

1 марта. Операція. Хлороформъ. Разрѣзъ круговой по краю глазницы. Нижневнутренняя костная стѣнка глазницы изъѣдена. Глазъ и часть верхней челюсти удалены. Тампонъ въ глазницу.

Перевязки каждый день. Температура нормальна. Рана хорошо гранулируетъ. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

Epitelioma orbitae.

I. Ч., 57 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Три года назадъ тому на нижнемъ вѣкѣ лѣваго глаза появилась небольшая краснота съ зудомъ и болью. Съ теченіемъ времени къ этому присоединилась опухоль нижняго вѣка закрывшая совершенно глазъ, опухоль изъязвилась и язва постепенно увеличивалась и разъѣдало вѣко.

11 ноября. Поступилъ въ клинику. Все нижнее вѣко занято поверхностной язвой съ твердыми краями. Conjuctiva глаза инфильтрирована. Зрѣніе сохранено.

15 ноября. Операція—вылущеніе глаза; стѣнки глазницы покрыты опухолью, удаленной острой ложкой.

18 ноября. Перевязка. Рана чистая.

Заживленіе вторымъ натяженіемъ идетъ успѣшно.

24 ноября. Выписанъ съ небольшой раневой поверхностью.

11) Epitelioma nasi.

А. Ф., 57 лѣтъ, крестьянка Кузнецкаго уѣзда, поступила 28 декабря, выписалась 2 января 1906 г.

Язвочка на правой боковой поверхности носа существуетъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, медленно но упорно разростаясь по поверхности; величина язвочки сант. въ 2 длиной и $1^1/_2$ шириной. Больная удовлетворительнаго питанія, вполнѣ здоровая женщина.

28 декабря сдѣлана операція удаленія эпителіомы, причемъ, дефектъ закрытъ лоскутомъ со щеки, наложены швы. Температура больной нормальна, самочувствіе хорошее. Швы сняты на четвертый день; заживленіе гладкое.

12) Vulnus sclopetarium buccae.

Больной Д. Т., 49 лѣтъ, холостъ, сапожникъ. 19 іюля выстрѣломъ изъ дробовика ранилъ правую щеку у угла рта. Зарядъ прошелъ навылетъ и попалъ въ правое плечо. Рана залѣчена въ Бійскѣ. При поступленіи обнаруженъ дефектъ правой щеки и

угла рта. Дыра величиной въ 4 сант. въ одномъ и около 5 сант. въ другомъ діаметрѣ, съ рубцовыми краями, сообщается съ отверстіемъ рта.

10 декабря. Операція. Края раны освѣжены и закрыты лоскутомъ со щеки; остались небольшіе участки вверху треугольной формы въ $1^1/_2$ кв. сант. и внизу немножко больше—незакрытые лоскутомъ.

18 декабря. Верхніе швы прорѣзались.

19 декабря. Рана разошлась, наложены вторичные швы.

20 декабря. Швы прорѣзались.

22 декабря. Дефектъ вторично закрытъ лоскутомъ, выкраеннымъ изъ щеки.

31 декабря. Рубецъ плотный. Ротъ раскрывается свободно.

3 января. Выписался.

13) Vulnus selopetarium mandibulae.

А. М., 35 лѣтъ, женатъ. Доставленъ въ клинику 16 марта въ 8 часовъ вечера съ стрѣляной раной. На передней поверхности нижней челюсти тотчасъ надъ подбородкомъ рана неправильно округлой формы, проникающая въ полость рта. Отъ нижней губы осталась только узкая каемка. Альвеолярный отростокъ въ области 4-хъ рѣзцовъ вмѣстѣ съ зубами уничтоженъ. Кровотеченіе довольно сильное, но отдѣльно брыжжущихъ сосудовъ не видно. Говоритъ не можетъ, глотаетъ свободно. Пульсъ 88, полный. Рана промыта. Удалены изъ раны осколки кости, пыжъ и нѣсколько дробинъ. Въ рану тампонъ, на шею ледъ.

17 марта. Пульсъ полный 84. Температура 38,2. Повязка сильно промокла. Верхніе слои смѣнены.

18 марта. Небольшой отекъ подъ нижней челюстью. Дыханіе свободно. Температура 37,8. По собственному желанію выписался.

14) Vulnera capitis.

А. К., 23 лѣтъ, студентъ. Раненъ20 октября 1905 г. На правой сторонѣ лба имѣется проникающая до кости, рваная рана, съ разошедшимися краями. Такая же рана въ правой теменной области. Кромѣ того на лицѣ нѣсколько кровоподтековъ.

3 ноября. Въ лѣвой теменной области припухлость и краснота. Сдѣланъ разрѣзъ, вышло около 2-хъ столовыхъ ложекъ гноя; кость обнажена, на ней трещина.

Дѣлались перевязки каждый день. Раны постепенно закрывались.

17 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

15) Vulnera capitis et contusio.

М. В., 20 лѣтъ, холостъ, служитъ на желѣзной дорогѣ. Больной былъ избитъ 20 октября. Сутки лежалъ безъ сознанія. 21 октября вечеромъ доставленъ въ клинику, гдѣ сознаніе вскорѣ вернулось. 4 рвано-ушибленныхъ раны на головѣ; самая большая изъ нихъ до 6 сант. длиной, проникаетъ до кости. Кровоподтеки въ конъюктивахъ и вѣкахъ обоихъ глазъ. Пульсъ рѣдкій, полный. Раза два въ день рвота, продолжавшаяся цѣлую недѣлю. Каждый день перевязки. Температура нормальна.

30 октября. Рвоты и тошноты нѣтъ. Раны закрываются.

4 ноября. Выписался, жалуясь на нѣкоторую глухоту въ правомъ ухѣ.

16) Vulnera capitis.

Д. М., 25 лѣтъ, холостъ, преподаватель музыки. Избитъ 20 октября. Было десять ранъ на головѣ. Переломъ правой темянной кости. Въ военномъ госпиталѣ сдѣлана трепанація черепа, удалены осколки. Въ настоящее время (7 ноября) имѣется рана на мѣстѣ операціи. При операціи швы были наложены только на надкостницу и выведены наружу черезъ кожную рану.

9 ноября. Отходятъ швы.

12 ноября. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

17) Vulnera capitis et abdominis.

А. Р., 18 лѣтъ, холостъ, писецъ. Раненъ 20 октября. Одна рана рвано-ушибленная на головѣ при поступленіи въ клинику 30 октября почти закрылась. Рана кинжаломъ въ области печени длиной около 4 сант. еще не закрыта.

Дѣлались каждый день перевязки.

4 ноября. Выписанъ съ зажившей раной.

18) Vulneva capitis.

М. К., 24 лѣтъ, вдова, служитъ на желѣзной дорогѣ. Избита толпой 20 октября. На затылочной части головы три рваныя раны, длиной сант. 3-4 каждая, проникаютъ черезъ мягкія части до надкостницы; всѣ раны затампонированы, отдѣляемое ихъ—гной въ небольшомъ количествѣ. Больная въ сознаніи, жалуется на сильныя головныя боли.

Каждый день дѣлались перевязки. Раны постепенно заживали.

10 ноября. Истерическій припадокъ.

13 ноября. Переведена въ терапевтическую клинику.

19) Vulnera capitis.

А. О., дѣвица, служитъ на желѣзной дорогѣ. Избита 20 октября толпой и съ этого времени до поступленія въ клинику (25 октября) не приходила въ сознаніе. На головѣ двѣ раны: одна справа на границѣ темянной кости съ затылочной рвано-ушибленная, длиной сант. 8-9; другая рана на затылочной кости слѣва, тоже рвано-ушибленная, длиной сант. въ 4. Обѣ раны проникають до надкостницы. Въ большой ранѣ громадное скопленіе гноя; въ малой—гноя немного. Ниже лѣваго уха, начиная съ височной кости и спускаясь на шею имѣется кровоподтекъ, величиной въ ладонь; изъ уха выдѣляется гной. Около обоихъ глазъ кровоподтеки, на лбу припухлость.

28 октября. Сознаніе проясняется.

Каждый день перевязки. Раны гранулирують.

7 декабря. Выписалась почти съ закрытыми ранами.

20) Vulnera capitis.

В. П., 15 лѣтъ, гимназистка. На головѣ двѣ рублено-рваныхъ раны: первая сант. 10 длиной, по линіи соединенія темянныхъ костей; въ глубинѣ ея подвижной костный осколокъ. Другая рана находится между лобной костью и лѣвой темянной, въ ней также прощупывается костный осколокъ. Сильное кровотеченіе, поврежденъ sinus lougitudiualis. Сейчасъ же при поступленіи въ клинику (18 января) удалены осколки и наложена давящая повязка. Больная въ полномъ сознаніи, никакихъ мозговыхъ явленій не наблюдается. Давящая повязка держалась три дня. Кровотеченіе остановилось. Раны постепенно очищались и гранулировали.

17 февраля. Выписалась для амбулаторнаго леченія съ почти зажившими ранами.

21) Vulnera capitis et contusio.

Ч. А., 23 лѣтъ, студентъ. У больного на головѣ имѣется 11 ранъ, изъ нихъ 5 съ рваными краями, остальныя съ рѣзаными. Длина ихъ отъ 2-8 сант. Раны не свѣжія, покрыты вялыми грануляціями. На затыльной поверхности правой кисти нѣсколько поверхностныхъ ссадинъ и ранъ. Подъ угломъ правой лопатки рана длиной до 1 сант., покрытая коросточкой. Рѣзкое малокровіе. Температура 39,7.

29 октября. На лицѣ появилась небольшая припухлость, краснота.

Переведенъ въ заразный баракъ.

31 октября. Припухлость и краснота увеличились, но края ихъ не рѣзки.

2 ноября. Припухлость и краснота исчезли.

Перевязки дѣлались каждый день. Заживленіе шло очень медленно.

28 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

22) Fractura mandibulae.

С. М., женатъ, чиновникъ. Избитъ 20 октября. Все время безъ сознанія, пульсъ хорошій, 80. Зрачки на свѣтъ реагируютъ. Переломъ нижней челюсти, немного влѣво отъ средней линіи. Рвано-ушибленная рана до 3 сант. длины на переносьѣ. Масса кровоподтековъ на рукахъ и ногахъ.

26 октября. Сознаніе начинаетъ появляться.

28 октября—11 ноября. Температура нормальна. Раны поджи-ваютъ. Сознаніе полное.

29 ноября. Подъ хлороформомъ сшита проволокой нижнечелюстная кость.

17 декабря. Проволока снята.

22 декабря. Переломъ не сросся. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

23) Caries maxillae inferioris.

А. А., 48 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Былъ каріозный зубъ. Въ апрѣлѣ т. г. получилось воспаленіе надкостницы и флегмона, которая спускалась на переднюю поверхность шеи и груди. Въ настоящее время (21 сентября) на лѣвой сторонѣ нижней челюсти двѣ гнойныхъ раны, въ глубинѣ которыхъ видны каріозные куски кости, мало подвижные.

6 октября. Секвестры удалены безъ наркоза.

10 октября. Выписанъ съ тампономъ для амбулаторнаго леченія.

24) Caries mandibulae.

А. Н., 18 лѣтъ, холостъ, слесарь. Въ маѣ т. г. на подбородкѣ образовался нарывъ, прорвался, остались свищи, не зажившіе до настоящаго времени (27-го сентября). Въ глубинѣ свища прощупывается шероховатая кость; около рѣзцовъ нижней челюсти подвижный секвестръ.

6 октября. Разрѣзъ по ходу свищей. Подвижная кость удалена при помощи долота. Рана выскоблена острой ложкой. Тампонъ.

4 и 9 октября. Перемѣнены тампоны. Рана чистая.

10 октября. Выписался.

25) Luxatio mandibulae.

Е. К., 25 лѣтъ, замужняя. Годъ тому назадъ во время родовъ произошелъ вывихъ нижней челюсти. Вывихъ остался невправленнымъ. Нижняя челюсть выдвинута впередъ, неподвижна; разстояніе между верхними и нижними передними зубами $1^1/_2$—2 сант. Суставныя головки челюсти прощупываются спереди отъ суставной впадины.

28 октября. Операція. Разрѣзъ впереди уха, параллельно скуловой дугѣ, длиной около 3—4 сант. Суставныя головки освобождены отъ мягкихъ частей и надкостницы и скушены острыми щипцами.

29 октября. Ротъ полуоткрытъ. Разстояніе между передними зубами 1 сант. Пассивныя движенія болѣзнены.

31 октября. Подвижности нѣтъ.

9 ноября. Рана зажила совсѣмъ. Улучшенія въ положеніи челюсти нѣтъ. Выписалась.

26) Tuberculosis glossae.

Т. Ш., 37 лѣтъ, женатъ, телеграфистъ. Въ семьѣ чахоточныхъ нѣтъ. Лѣтъ 10 кашляетъ. Въ октябрѣ 1903 года замѣтилъ на кончикѣ языка прыщикъ, который вскорѣ обратился въ язву. Язва 4 раза была прижжена ляписомъ и 1 разъ Paquelin'омъ, но успѣха никакого.

Больной питанія средняго. Въ легкихъ жесткое дыханіе. Кашляетъ. На кончикѣ языка имѣется язвочка, покрытая сѣровато-желтоватымъ налетомъ. Вокругъ нея инфильтр. язва поверхностная, съ ровными краями по периферіи замѣтны бугорки съ просяное зерно. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ пробнаго кусочка — туберкулезъ. Подчелюстныя железы съ обѣихъ сторонъ увеличены и уплотнены.

4 января. Операція. Удалены подчелюстныя лимфатическія железы съ обѣихъ сторонъ. Кончикъ языка съ язвой захваченъ Музеевскими щипцами и оттоженъ Paquelin'омъ. Въ подчелюстной области тампоны. Перевязки каждый день. Заживленіе per granulationem. Языкъ очищается.

14 января. Выписался. Говоритъ свободно.

27) Tuberculosis linguae.

А. Ш., 55 лѣтъ, женатъ, служитъ на желѣзной дорогѣ. 2 мѣсяца тому назадъ появилась съ лѣвой стороны языка язвочка съ сѣрымъ налетомъ, постепенно увеличивавшаяся. Въ настоящее время вся лѣвая половина языка занята поверхностной язвой съ неровными краями. Много увеличенныхъ лимфатическихъ железъ подъ лѣвымъ угломъ челюсти. При микроскопическомъ изслѣдованіи язвы установленъ ея туберкулезный характеръ. Электролизъ не далъ никакихъ благопріятныхъ результатовъ.

8 марта. Подъ хлороформомъ язва выжжена Paqueln'омъ. Подчелюстныя железы вылущены.

Черезъ недѣлю язва появилась снова. Назначено смазываніе 20% молочной кислоты.

19 марта. Выписанъ.

28) Сѣдлообразный носъ.

И. И., 19 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. Около 10 лѣтъ тому назадъ больной сталъ замѣчать, что у него носъ припухъ и болѣзненъ. Лѣчился іодистымъ калп. Боли прошли, но носъ сталъ западать. 5 лѣтъ тому въ клиникѣ была сдѣлана больному rhinoplastica (изъ берцовой кости изсѣченъ кусокъ и вставленъ вмѣсто носовой кости). Операція вполнѣ удалась, но черезъ 3 мѣсяца появился нарывъ и кость выпала.

9 декабря 1906 г. больной снова обратился въ клинику. Носъ сильно запалъ. Въ остальномъ здоровъ.

19 января. Сдѣлана операція по способу Дьяконова: на лбу вырѣзанъ кожно-костно-надкостничный лоскутъ. Спинка носа перерѣзана поперекъ. Въ образовавшееся такимъ образомъ отверстіе ввернутъ лобный лоскутъ, обращенный кожной стороной въ полость носа. На лобъ и спинку носа наложены швы.

23 января. Со лба сняты швы. Два изъ нихъ нагноились. На спинкѣ носа косточка обнажена.

Перевязки дѣлались черезъ день. Обнаженная косточка покрылась грануляціями. Одинъ уголокъ ея отпалъ.

14 марта. Выписанъ съ зарубцевавшейся раной.

29) Defectus nasi.

Т. А., 21 годъ, дѣвица. Носъ сѣдлообразной формы, носовыя косточки разрушены, перегородка носовая тоже; на спинкѣ носа и правой боковой его поверхности рубцы. Въ анамнезѣ lues.

18 февраля. Rhinolostica по Дьяконову.

25 февраля. Перевязка. Заживленіе гладкое.

3 марта. Выписалась для амбулаторнаго леченія.

30) Polypus nasi.

П. Н., 30 лѣтъ, замужняя. Полипъ сидитъ на краю перегородки носа, обращенному къ носоглоточному пространству, на широкомъ основаніи.

29 января. Щипцами захваченъ и вырванъ полипъ величиной въ сливу. Дыханіе сдѣлалось свободнѣй, но есть еще препятствіе.

30 января. Операція повторена. Черезъ носъ удалены остатки полипа. Дыханіе совершенно свободно.

1 февраля. Выписалась.

31) Defectus palati duri.

I. П., 34 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Страдалъ сифилисомъ. Болѣе года тому назадъ образовался дефектъ въ твердомъ небѣ. Въ настоящее время (8-го марта) дефектъ величиной въ 15 коп. монету.

24 марта. Операція. Края дефекта освѣжены. Разрѣзомъ по внутреннему краю зубовъ, отдѣлены два лоскута съ надкостницей, лоскуты сближены и края ихъ сшиты. Подъ боковые лоскуты тампоны.

31 марта. Сняты швы. Рубецъ прочный.

9 апрѣля. Выписанъ.

32) Faux lupinum.

Ф. А., имѣется расщелина по мягкому небу и $^2/_3$ твердаго, слѣды оперированной заячьей губы. Неправильное развитіе лѣвой ушной раковины.

14 октября. Операція безъ наркоза по тому же типу, какъ и предыдущая. Нятяженіе сшитыхъ лоскутовъ незначительное. Тампоны.

18 октября. Тампоны перемѣнены.

19 октября. Швы сняты. Сращеніе полное.

28 октября. Рубецъ прочный на всемъ протяженіи за исключеніемъ передняго отдѣла, гдѣ имѣется дефектъ длиной около 7 м.м. Говоритъ хорошо, тогда какъ раньше рѣчь была невнятна.

33) Eaux lupinum.

В. А., 16 лѣтъ, торговецъ. Съ рожденія имѣетъ расщепленіе всего мягкаго и задней части твердаго неба. Въ остальномъ здоровъ.

16 ноября. Поступилъ въ клинику. 18 ноября. Операція. Мѣстная анэстезія смазываніе 5% кокаиномъ. Разрѣзомъ вдоль зубного края очерчены съ той и другой стороны лоскуты, которые были отслоены съ надкостницей. Края дефекта освѣжены. Перебиты долотомъ hamuli pterygoidei. Наложены швы по средней линіи иглой Склифоссовскаго. Подъ лоскуты со стороны десенъ тампоны.

22 ноября. Смѣнены тампоны. Рана чистая.

26 ноября. Тампоны удалены. По срединѣ сращеніе прочное; съ боковъ медленно гранулирующія ранки.

Каждый день смазываются растворомъ іода.

14 декабря. Выписанъ съ прочнымъ рубцомъ по срединѣ и хорошо гранулирующими боковыми ранками.

34) Defectus palati duri.

Г. А., 32 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. 5 лѣтъ тому назадъ заразился сифилисомъ послѣ чего черезъ $1^1/_2$ года появились язвы на твердомъ небѣ. Язвы подъ вліяніемъ леченія зажили, но въ твердомъ небѣ остался дефектъ. По совѣту дантиста больной носилъ протезъ. 14 февраля поступилъ въ клинику. По срединѣ твердаго неба имѣется дыра около $1^1/_2$ сант. въ діаметрѣ почти круглой формы, съ мозолистыми краями.

14 февраля подъ мѣстной анэстезіей (4% кокаинъ) сдѣлана операція.

17 февраля. Тампоны слегка вытянуты.

18—20 февраля. Тампоны замѣнены свѣжими. Сняты швы. Гноя нѣтъ. Края лоскутовъ спаялись прочно по средней линіи.

21 февраля. Тампоны удалены. Рубецъ прочный.

24 февраля. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

35) Labium leporinum.

В. П., 14 лѣтъ, сынъ Маріинскаго мѣщанина, поступилъ въ клинику 18 сентября выписался 22 сентября 1906 года.

Расщелина верхней губы имѣется отъ рожденія, величина расщелины около 2-хъ сант. Мальчикъ въ остальномъ хорошо развитый и вполнѣ здоровъ.

18 сентября. Сдѣлана операція подъ хлорофор. наркозомъ. Края расщелины освѣжены по Bruns'у съ образованіемъ хобота. Наложены два шва на кожу черезъ всю толщу губы до слизистой и два на слизистую оболочку. Швы сняты на четвертый день. Заживленіе гладкое.

36) Paresis n—vi facialis.

Г. Ш., 32 лѣтъ, холостъ, чернорабочій. 3-го декабря 1905 года больного, сильно пьянаго, ударили въ область лѣвой около ушной железы чѣмъ-то твердымъ, было сильное кровотеченіе. На другой день онъ замѣтилъ, что лицо у него перекосилось, лѣвый глазъ не сталъ закрываться. Въ теченіе недѣли рана зажила, но послѣ этого на лѣвой щекѣ появилась опухоль

При изслѣдованіи оказалось: мягкое небо подвижно. На правой сторонѣ лицевыя складки сглажены, дуть и свистѣть больной не можетъ, лѣвый глазъ не закрывается; въ области glandula parotis опухоль величиной въ голубиное яйцо, пульсирующая. Діагносцирована аневризма art. covotis externae сдавившая n—vus facialis.

22 февраля. Перевязана ar. carotis esterna по Салищеву. Пульсаціи опухоли прекратились.

25 февраля. Сняты швы. Явленія пареза исчезли.

26 февраля. Выбылъ.

Гнойное воспаленіе сосцевиднаго отростка.

Трепанація сосцевиднаго отростка производится въ нашей клиникѣ во всѣхъ случаяхъ остраго и хроническаго гнойнаго воспаленія средняго уха, когда боль въ области сосц. отростка держится упорно или даже постепенно усиливается въ теченіе нѣскольскихъ дней, появляется отечность кожи, краснота, а тѣмъ болѣе гнойные періоститы. Во всѣхъ случаяхъ дѣлается широкое вскрытіе antri mostoidei. За отчетное время сдѣлано всего 16 трепанацій сосцевиднаго отростка, но въ это число не вошли тѣ случаи, когда операція дѣлалась амбулаторно; амбулаторно операція дѣлалась маленькимъ дѣтямъ, когда родители по какимъ либо соображеніямъ не хотѣли оставлять ихъ въ клиникѣ и сейчасъ же послѣ операціи брали къ себѣ домой.

37) Mostoiditis.

З. Л., 9 лѣтъ. Съ мѣсяцъ тому назадъ послѣ инфлюэнціи начало болѣть лѣвое ухо; появилось гноетеченіе; 2 недѣли тому назадъ появилась небольшая боль въ области лѣваго сосцев. отростка. Въ теченіе послѣднихъ 3-хъ дней повторялась рвота, головокруженіе.

Дѣвочка худенькая, кожа и слизистая блѣдна. Область лѣваго сосцевиднаго отростка при постукиваніи очень болѣзненна. Отека нѣтъ, небольшая краснота за ухомъ. Изъ лѣваго уха значительное количество гноя.

13 января. Типическая трепанація сосц. отростка. Вышло много гноя. Продолжительность операціи 30 мин., хлороформа 4,0.

14 января. Перевязка, тампоны не вынимались.

15 января. Перемѣнили тампоны. Рана чистая. Выписана для амбулаторнаго леченія.

38) Mostoiditis.

Э. С., 36 лѣтъ, женатъ, подрядчикъ. Въ дѣтствѣ перенесъ корь, въ зрѣломъ возрастѣ—воспаленіе легкихъ и сыпной тифъ. Вь январѣ т. г. заболѣлъ брюшнымъ тифомъ; послѣ чего и сталь

жаловаться на шумъ въ ушахъ. Въ скоромъ времени въ правомъ ухѣ появились боли, а 23 марта изъ уха открылось гноетеченіе.

Больной удовлетворительнаго питанія, правильно сложенъ. Область сосц. отростка справа покрыта покраснѣвшей кожей, при постукиваніи очень болѣзненна. Изъ уха гной. Тошнота и головокруженіе. Температура 38,5. Пульсъ 105.

27 марта. Трепанація сосцевиднаго отростка. Продолжительность 1 ч. 30 м., хлороформа 50,0.

29 марта. Перевязка. Гноя изъ раны много. Изъ уха тоже гноетеченіе.

1 апрѣля. Изъ раны и уха гноя меньше.

3 апрѣля. Перевязка. Рана очищается.

4 апрѣля. Область праваго виска замѣтно выпячена и покрыта лоснящейся кожей. Разрѣзъ, выдѣлилось около столовой ложки гноя.

6 апрѣля. Кожа на правомъ вискѣ красна, отечная. Разрѣзъ расширенъ.

8 апрѣля. Весь правый високъ занятъ рожистымъ процессомъ.

11 апрѣля. Рожистый процессъ идетъ дальше на носъ.

Рана за ухомъ чистая. Изъ уха гной. По собственному желанію выписанъ. Вскорѣ рожистый процессъ закончился и наступило заживленіе ранъ. Больной чувствуетъ себя хорошо.

39) Mostoiditis.

И. К. 22 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. Недѣлю тому назадъ послѣ травмы головы, появилась значительная боль въ области лѣваго сосцевиднаго отростка. Черезъ 3 дня заболѣло ухо, и изъ него показался гной въ очень значительномъ количествѣ. Одновременно съ этимъ—параличъ лѣваго лицевого нерва. Послѣдніе 2-3 дня тошнота и головокруженіе.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе очень хорошее. Органы груди и живота нормальны. Въ области лѣваго сосц. отростка значительный отекъ, боль при постукиваніи, ушная раковина оттопырена, изъ уха гной, парезъ лѣваго лицевого нерва. Температура веч. 37,5.

25 февраля. Трепанація сосцевиднаго отростка; хлороформъ, продолжительность операціи 1 ч. 20 м. Гноя очень мало. Тотчасъ послѣ операціи больной началъ закрывать лѣвый глазъ, раньше глазъ не закрывался.

26 февраля. Сняты верхніе слои повязки. Температура 37, 38,2.

27 февраля. Тампонъ изъ раны сухой. При осмотрѣ уха зеркаломъ видна обнаженная кость (задняя стѣнка слухового прохода). Явленія паралича n—vi facialis выражены также, какъ и до операціи.

Перевязки ведутся каждый день. Температура колеблется отъ 37° утромъ и до 38° вечеромъ.

6 марта. Костная рана выполняется грануляціями.

8 марта. Теченіе раны хорошее.

18 марта. Рана почти закрыта. Кость въ ушномъ проходѣ обнажена. Явленія паралича n—vi facialis тѣ же.

Больной выписался.

40) Mostoiditis.

Больной Ф. С., 33 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Правое ухо болитъ уже лѣтъ 12; все время изъ него выдѣляется гной. Былъ нарывъ въ наружномъ ухѣ. 28 декабря м. г. почувствовалъ головную боль и боль въ области уха. Крѣпкаго тѣлосложенія. Внутренніе органы нормальны. Въ области сосцевиднаго отростка и ниже—краснота и болѣзненность, особенно при давленіи.

3 января. Трепанація сосц. отростка, выдѣлилось небольшое количество гноя. Температура вечеромъ 38.

5 января. Перевязка. Температура 38.

6 января. Внизу уха краснота. При надавливаніи выдѣляется гной въ разрѣзъ. Зондъ идетъ книзу и кнаружи подъ кожей. Сдѣлано противоотверстіе.

7 января. Температура 37.

10 января. Гноя нѣтъ.

12 января. Выписался.

41) Mostoiditis.

Л. А., 32 лѣтъ, бухгалтеръ. Въ апрѣлѣ т. г. болѣло лѣвое ухо. Въ началѣ августа это заболѣваніе повторилось вновь, а въ серединѣ мѣсяца появилась боль въ лѣвомъ сосцевидномъ отросткѣ и всей лѣвой половины головы, изъ уха открылось гноетеченіе.

21 августа была сдѣлана трепанація сосцевиднаго отростка, давшая больному значительное облегченіе. Черезъ недѣлю послѣ операціи случился припадокъ, выражавшійся сильной головной болью, потерей сознанія, задержаніемъ мочи и кала. Припадокъ продолжался сутки, черезъ 5 дней повторился снова, причемъ у больного отнялись ноги. Только черезъ 6 недѣль послѣ послѣдняго припадка сталъ ходить съ костылями. Припадковъ было до настоящаго времени еще 3, но безъ задержанія мочи и кала.

Больной ходитъ на костыляхъ. Лѣвая половина головы при постукиваніи болѣзнена. Гноетеченія нѣтъ. Жалуется на частыя головныя боли и тошноту.

8 декабря. Трепанація сосц. отростка. Въ глубинѣ раны найдено гнѣздо грануляцій, выскобленныхъ острой ложкой. Типически вскрытъ antrum.

11 декабря. Перевязка. Рана чистая. Головная боль. Запоръ.

13 и 14 декабря. Перевязки. Рана чистая. Голова не болитъ. Слабитъ.

23 декабря. Больной выписался съ почти закрытой раной, чувствуетъ себя совсѣмъ хорошо, ходитъ свободно безъ костылей.

42) Mostoiditis.

В. В., 9 лѣтъ. Лѣтъ 5 тому назадъ перенесъ скарлатину, послѣ которой появилась боль въ правомъ ухѣ и глухота. Недѣли черезъ 2 изъ уха открылось гноетеченіе. Въ сентябрѣ т. г. безъ всякой видимой причины начались боли за правымъ ухомъ, припуханіе области сосцевиднаго отростка.

22 октября вскрытъ образовавшійся подкожный нарывъ. Снова припуханіе области сосц. отростка. Въ такомъ состояніи доставленъ въ клинику.

Питанія слегка подорваннаго. Изъ уха гноетеченіе.

29 ноября. Типическая трепанація сосцевиднаго отростка.

1 декабря. Перевязка. Въ ранѣ гноя мало. Изъ уха также выдѣляется меньше.

3 января. Рана очищается.

4 декабря. Рана гранулируетъ. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

43) Mostoiditis.

В. Р., 13 лѣтъ, учащійся. Въ началѣ ноября т. г. заболѣлъ ангиной, послѣ которой вскорѣ заболѣло лѣвое ухо. 14 ноября изъ уха показался гной. 21 ноября больной получилъ ударъ въ лѣвое ухо деревяннымъ шаромъ, послѣ чего появилась опухоль въ области лѣваго сосцевиднаго отростка и сильная болѣзненность.

Больной правильнаго сложенія, питанія хорошаго. Лѣвый сосцевидный отростокъ покрытъ покраснѣвшей кожей и при давленіи болѣзненъ. Изъ уха въ большомъ количествѣ гной.

1 декабря. Типическая трепанація сосц. отростка. Вся верхушка отростка была разрыхлена и раздроблена. Разрыхленная кость удалена острой ложкой. Костная рана затампонирована.

3 декабря. Сняты верхніе слои повязки. Изъ уха гноя больше не идетъ.

4 декабря. Перевязка. Гноя нѣтъ. Головная боль. Температура нормальна.

8 декабря. Тампонъ сухой. Головныя боли почти исчезли. Темпера тура нормальна. Больной выписался.

44) Mostoiditis.

К. Д., 15 лѣтъ, гимназистка. Въ октябрѣ 1904 года заболѣла тифомъ, который осложнился заболѣваніемъ праваго уха—появилось гноетеченіе. Вскорѣ область pr. mastoidei сильно опухла, но подъ вліяніемъ компресовъ припухлость спала.

Больная сильно истощена. Въ области праваго сосцевиднаго отростка опухоль, кожа отечна и красна, есть фокусъ размягченія. При ощупываніи pr. mostoidei сильная болѣзненность. Гной изъ уха не выдѣляется.

5 февраля. Trepanatio pr. mostoidei. Широко вскрытъ antrum. Тампонъ.

7 февраля. Перевязка. Тампонъ сухой.

9 февраля. Больная выписалась для амбулаторнаго леченія.

45) Mostoiditis.

Г. В., 6 лѣтъ. 20 октября заболѣла инфлюэнцей, послѣ которой вскорѣ появилось гноетеченіе изъ праваго уха. Недѣли 2 тому назадъ появилась припухлость въ области сосцевиднаго отростка, болѣзненность, высокая температура.

Поступила въ клинику (7 декабря) съ абсцессомъ въ области proc. mostoidei. Парезъ нижнихъ вѣтвей n-vi facialis. Температура 38, пульсъ 100.

8 декабря. Trepanatio pr. mastoidei. Отростокъ разрушенъ каріознымъ процессомъ. Вскрытъ antrum. Тампоны.

10 декабря. Вынутъ тампонъ. Гноя нѣтъ.

12 декабря. Перевязка. Самочувствіе хорошее. Выписалась и продолжала лѣчиться амбулаторно.

46) Mostoiditis.

А. Г., 58 лѣтъ, замужняя, православная, поступила въ клинику 1 октября 1906 года.

На правое ухо не слышитъ съ дѣтства. Съ іюля мѣсяца н. г. началась сильная стрѣльба въ ухѣ и появилось гноетеченіе, продолжающееся до настоящаго времени, одновременно начались боли въ сосцевидномъ отросткѣ.

Въ настоящее время припухлость въ области сосцевиднаго отростка, болѣзненная при ощупываніи, въ наружномъ ухѣ масса гноя, барабанная перепонка прободена. Температура 38,5.

4 октября. Операція—трепанація сосцевиднаго отростка подъ хлорофор.-наркозомъ. Полость сосцевиднаго отростка заполнена гноемъ и костнымъ распадомъ. Полость выскоблена острой ложкой и затампонирована.

Заживленіе безъ осложненій. Температура нормальна, боли постепенно стихли.

21 октября. Больная выписалась съ небольшой гранулирующей поверхностной раной.

47) Mastoiditis.

М. М., 14 лѣтъ, крестьянинъ. Росъ золотушнымъ ребенкомъ. Съ 12-ти лѣтняго возраста страдаетъ гноетеченіемъ изъ лѣваго уха. Недѣлю тому назадъ почуствовалъ боль за лѣвымъ ухомъ, вскорѣ здѣсь появилась припухлость и краснота. 4 октября обратился въ клинику. Лѣвая ушная раковина оттопырена. Область pr. mastoidei отечна, при дотрагиваніи сильно болѣзненна.

4 октября. Сдѣлана трепанація сосцевиднаго отростка. Широко вскрытъ antrum mastoidei, изъ которой показался гной. Тампонъ, на на кожу нѣсколько швовъ.

Перевязки велись черезъ день. Рана заживала per. granulationem безъ повышенія температуры.

21 октября. Больной выписанъ съ закрывшейся раной.

48) Mastoiditis.

А. Ф., 29 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Четыре года тому назадъ заболѣло правое ухо; въ теченіе 3-хъ лѣтъ было обильное гноетеченіе. Послѣдній годъ гноя не было, но были сильныя боли въ области уха, часто головокруженіе и тошнота.

17 февраля. Сдѣлана типическая трепанація сосц. отростка. Гноя не было.

18 февраля. Смѣнили тампонъ. Рана чистая. Боли въ области уха не прекращаются.

20 февраля. Тошнота и рвота. Рана чистая.

22 февраля. Боли въ области праваго виска.

24 февраля. Излѣдованіе офтальмоскопомъ глазного дна ни чего патологическаго не указало.

2 марта. Чувствуетъ себя хорошо. Рана почти закрылась.

4 марта. Выписанъ.

49) Mastoiditis.

А. Л., 42 лѣтъ, жена чиновника, живетъ въ Томскѣ, поступила 17 января, выписалась 2 февраля 1907 года.

Пять лѣтъ тому назадъ больная простудилась, и у ней появились стрѣляющія боли въ лѣвомъ ухѣ, боли эти то усиливались, то временами совсѣмъ исчезали; такъ дѣло тянулось до ноября

1906 г., когда боли сразу усилилились изъ уха пошелъ гной и за ухомъ въ области сосц. отростка появилась опухоль. Больная лечилась и по совѣту врачей обратилась за операціей въ клинику.

Въ настоящее время гной въ небольшомъ количествѣ выдѣляется изъ уха, за ухомъ имѣется припухлость плотной консистенціи безъ красноты и болѣзненности. Больная жалуется на головныя боли.

17 января. Сдѣлана операція—трепанація сосц. отростка подъ хлороформомъ. По вскрытіи antrum mastoidei выдѣлилося небольшое количество гноя. Кость въ окружности оказалась изъѣденной гнойнымъ процессомъ, выскоблена острой ложкой, причемъ полость широко раскрыта долотомъ и затампонирована.

Заживленіе шло при нормальной температурѣ, костная полость постепенно выполнялась и больная выписалась съ небольшой незакрывшейся ранкой, но головныя боли, хотя и значительно ослабѣвшія, у больной остались.

50) Mostoiditis.

М. М., 17 лѣтъ, служащій, поступилъ въ клинику 14 октября 1906 года съ явленіями остраго воспаленія праваго сосцевиднаго отростка: краснота, припухлость, болѣзненность въ области сосцевиднаго отростка при высокой температурѣ и головныхъ боляхъ. Изъ уха выдѣляется въ не большомъ количествѣ гной.

15 октября. Операція—трепанація сосцевиднаго отростка. Температура послѣ операціи пала, боли исчезли. Заживленіе безъ осложненій.

Болѣзни шеи.

Всего больныхъ этой категоріи за отчетное время было 40. Шестнадцать больныхъ лежало съ зобами; три изъ нихъ выписались безъ операціи: одна на послѣднихъ мѣсяцахъ беременная, другая сама не пожелала оперироваться и третьей назначено леченіе тироидиномъ въ виду еще начинающагося только зоба. Въ 13 случаяхъ сдѣлана операція, при чемъ заживленіе во всѣхъ случаяхъ было первымъ натяженіемъ, если не считать одного (57) гдѣ при одной перевязкѣ изъ ранки на мѣстѣ тампона выдѣлилось небольшое количество гнойно-мутноватой жидкости. Въ девяти случаяхъ сдѣлано вылущеніе глубокихъ туберкулезныхъ железъ, расположенныхъ большею частью по ходу сосудовъ, при чемъ въ одномъ случаѣ (73) пришлось перевязать v. jugular. et art. carot. int. случай окончившійся летально: опухоль оказалась саркомой съ метастазами во внутреннихъ органахъ. Сюда же нужно отнести и случай 77—саркома шейныхъ железъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ заживленіе наступило или первымъ натяженіемъ или съ небольшимъ гнойнымъ отдѣляемымъ, въ тѣхъ случаяхъ гдѣ на операціи имѣлся гнойный распадъ. Въ 6 случаяхъ сдѣлана трахеотомія по случаю крупа и въ 3 по случаю инороднаго тѣла въ трахеѣ и полипа голосовыхъ связокъ; при этомъ нужно замѣтить, что въ отчетъ не вошло большое число трахеотомій, сдѣланныхъ амбулаторно. Остальные единичные случаи перечислять не будемъ.

51) Struma.

Больная Т. Г., 20 лѣтъ, дѣвица. Родители люди больные—у отца суставный ревматизмъ, у матери—правосторонній параличъ конечностей. Въ семьѣ кромѣ больной, 5 человѣкъ дѣтей; всѣ здоровы. У самой больной въ дѣтствѣ были корь и оспа. Настоящее заболѣваніе появилось три года тому назадъ, когда больная стала чувствовать боль при глотаніи и замѣтила опухоль съ лѣвой стороны шеи. Постепенно усиливались боли и опухоль перешла на правую сторону.

10 октября 1903 г. поступила въ клинику. Питаніе хорошее. Окраска кожныхъ покрововъ нормальна. Со стороны легкихъ,

сердца, мочеполовыхъ органовъ никакихъ отклоненій отъ нормы не найдено. На мѣстѣ gl. thyreoidea опухоль уклоняющаяся нѣсколько больше влѣво. Кожа надъ опухолью нормальна, опухоль подвижна.

19 октября. Операція—резекція зоба подъ хлороформомъ; кожный разрѣзъ по Kocher'у. Перевязаны верхніе и нижніе щитовидные сосуды. Опухоль отдѣлялася легко. Она была величиной съ куриное яйцо. Основаніе железы было оставлено на мѣстѣ.

Послѣ экстирпаціи железы было видно, что трахея измѣнила свою конфигурацію: она имѣла ланцетовидную форму. Въ нижнемъ углу кожной раны вставленъ тампонъ. Операція тянулась 1 ч. 40 м.

Температура все время нормальна. При перевязкахъ на тампонѣ обнаружилось только кровянистое отдѣляемое. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

12 ноября Больная выписалась.

52) Struma.

Больная Л. Л., 55 лѣтъ, замужняя. Перенесла раньше родильную горячку, страдала значительными разстройствами желудка. О родителяхъ ничего не помнитъ.

Настоящую болѣзнь замѣтила 5 лѣтъ тому назадъ, когда у нея началъ портиться голосъ.

Тѣлосложенія правильнаго, подкожный жирный слой развитъ обильно. На передней поверхности шеи пальца на 4 отступя отъ подбородка начинается опухоль, доходящая до грудины и закрывающая собой обѣ пластины щитовиднаго хряща, перстневидный и всю трахею. Правая часть опухоли мягкой консистенціи, а лѣвая—довольно твердая. Въ лѣвой долѣ этой опухоли въ верхне-боковой ея части надъ общимъ уровнемъ опухоли возвышается какъ-бы ново-образованіе, повидимому слабосвязанное съ опухолью. Форма этого образованія круглая, консистенція эластическая. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи обнаружено, что лѣвая голосовая связка парализована.

12 ноября. Сдѣлана операція. Разрѣзъ кожи полукруглый. Опухоль была покрыта щитовидной железой, такъ что для вылущенія опухоли железа была разсѣчена. Опухоль оказалаеь многокамернымъ мѣшкомъ, наполненнымъ жидкостью соломенно-желтаго цвѣта. Стѣнка гортани лѣвой стороны, гдѣ опухоль была твердая, оказалась настолько атрофированной, что отъ нея осталась только слизистая. Благодаря этому на лѣвой сторонѣ была ножемъ удалена только часть опухоли, а остальная удалена острой ложкой. Упомянутое отдѣльное образованіе —былъ добавочный узелъ. Въ рану вставленъ тампонъ. Операція длилась около часа. Наркозъ хлорофор. 20,0.

Температура въ первый день послѣ операціи 37,5 вечеромъ, въ послѣдніе дни—нормальна. Въ ранѣ никакихъ осложеній не было.

20 ноября. Выписалась.

53) Struma.

А. В., 31 года, замужняя, крестьянка. Зобъ существуетъ 5 лѣтъ; особенныхъ страданій не причиняетъ, кромѣ небольшаго стѣсненія дыханія. Оказалась беременной, а потому выписана безъ операціи. 12 декабря 1903 года.

54) Struma parenchimatosa.

Е. П., 38 лѣтъ, жена купца. Полгода тому назадъ замѣтила на шеѣ опухоль которая постепенно увеличивалась и стѣсняла дыханіе.

Больная правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Зобъ величиной съ кулакъ, въ лѣвую сторону выдается больше, чѣмъ въ правую; на ощупь опухоль плотная. Больная жалуется на затрудненіе дыханія при наклоненіи головы внизъ.

24 ноября. Экстирпація по Kocher'у лѣвой доли железы. Разрѣзъ воротникообразный. Опухоль плотно сращена съ подлежащими тканями. Въ области перешейка часть железы оставлена.

27 ноября. Перевязка, рана чистая. Температура все время нормальна.

2 декабря. Больная выписана съ зажившей раной. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

55) Struma parenchimatosa.

Г. Ш., 42 лѣтъ, замужняя. Происходитъ изъ здоровой семьи. До настоящаго заболѣванія ничѣмъ не страдала. Заболѣла лѣтъ 6 тому назадъ—замѣтила на шеѣ опухоль, которая больную почти не безпокоила. Въ настоящее время на передней поверхности шеи, въ области щитовидной железы имѣется опухоль величиной съ кулакъ, подвижная, безболѣзненная, съ кожей не спаяна, при глотаніи движется. Въ остальномъ здорова. Отъ операціи отказалась.

56) Struma cystica.

П. К., 33 лѣтъ, дѣвица. Зобъ появился года полтора тому назадъ, постепенно увеличивался, не причиняя никакихъ страда-

ній больной. Въ настоящее время зобъ величиной въ кулакъ, подвижный при дыханіи и глотаніи.

7 декабря. Операція—resectio strumae. Зобъ кистозный. Вставленъ маленкій тампонъ.

9 декабря. Тампонъ вынутъ.

11 декабря. Сняты швы. Первое натяженіе.

12 Декабря. Выписалась.

57) Struma parenchimatosa.

Г. Ш., 14 лѣтъ, гимназистка, живетъ въ Томскѣ, поступила 9 декабря, выписалась 23 декабря 1906 года.

Обратила вниманіе на опухоль на шеѣ года полтора тому назадъ—сталъ тѣсенъ воротъ платья. Лечилась пріемами іода внутрь (thireoidin) опухоль не уменьшалась, а наоборотъ увеличивалась. Въ настоящее время опухоль величиной въ небольшой апельсинъ, сидитъ по средней линіи въ области щитовидной железы, безпокойствъ больной не причиняетъ. Больная правильнаго тѣлосложенія, цвѣтущаго здоровья.

13 декабря. Сдѣлана операція—resetio strumae подъ хлороформомъ. Вставленъ небольшой тампонъ, на кожу наложены серфины.

14 декабря. Температура 38,1—37,8. Самочувствіе хорошее.

15 декабря. Температура 37,4—37,9. Вынутъ тампонъ. Выдѣлилось около чайной ложки мутноватой жидкости.

16 декабря. Температура 37,7—38,6. При перевязкѣ опять выдѣлилась такая же жидкость. Вставленъ тампонъ.

17 декабря. Сняты швы. Изъ ранки небольшое количество гнойной жидкости. Вставленъ небольшой тампонъ. Температура 38,2—38,1.

19 декабря. Температура 37—38,5.

21 декабря. При перевязкѣ рана чистая, отдѣляемаго нѣтъ.

23 декабря. Выписалась.

58) Struma cystoides.

Е. Г., 18 лѣтъ, наборщица, живетъ въ Томскѣ, поступила 26 октября, выписалась 6 ноября 1906 года.

Опухоль на шеѣ замѣтила съ 16 лѣтъ, она росла сначала медленно, а потомъ стала рости быстрѣе. Въ настоящее время опухоль величиной въ куриное яйцо лежитъ вправо отъ средней линіи трахеи; опухоль подвижна, съ кожей не спаяна, консистенція ея эластична, опухоль флюктуируетъ.

Больная средняго роста, правильнаго сложенія, питаніе ослаблено, кожа и слизистая блѣдны, органы груди и живота здоровы.

1 ноября. Операція—enucleatio strum'ы подъ хлороформомъ. Киста по вскрытіи фиброзной капсулы легко была энуклеирована, рядомъ съ ней оказались еще двѣ въ грецкій орѣхъ кисты, которыя также легко были вылущены. Небольшой марлевый тампонъ и серфины на кожу. Больная чуствуетъ себя хорошо.

Голосъ чистый. Тампонъ вынутъ на третій день, швы сняты на пятый. Заживленіе первымъ натяженіенъ.

59) Struma cystica.

З. С., 23 лѣтъ, живетъ въ с. Вагинскомъ Маріинскаго округа, жена священника, занимается домашнимъ хозяйствомъ.

Въ роду и въ той мѣстности, гдѣ живетъ больная, заболѣванія зобомъ ни у кого не наблюдалось. Сама больная замѣтила у себя зобъ въ августѣ прошлаго года; вначалѣ опухоль больную не безпокоила, но въ февралѣ н. г. больная стала уже испытывать затрудненіе при глотаніи и дыханіи.

Тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго. Внутренніе органы здоровы. На шеѣ опухоль величиною въ кулакъ въ области щитовиднаго хряща, больше заходитъ влѣво отъ средней линіи, исчезая своимъ краемъ подъ m-lus ster. cl. mostoideus, опухоль подвижна, съ кожей не спаяна, при глотаніи слѣдуетъ за гортанью.

30 марта. Операція подъ хлороформеннымъ наркозомъ. По обнаженіи щитовидной железы въ ней обнаружена была киста, которая и вылущена цѣликомъ. Кожный разрѣзъ зашитъ серфинами, вставлена тонкая марлевая полоска. Тампонъ вынутъ на 2-й день, швы—сняты на 5-й день. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

7 апрѣля больная выписалась,

60) Struma parenchimatosa.

Е. К., 26 лѣтъ, женатъ, оффиціантъ. Года три тому назадъ, сталъ замѣчать у себя на шеѣ опухоль, постепенно, но медленно растущую. Вмѣстѣ съ этимъ появилась хрипота въ голосѣ. 20 октября поступилъ въ клинику. Съ правой стороны шеи имѣется опухоль, величиной съ гусиное яйцо, внизу доходитъ до ключицы, вверху на палецъ не доходитъ до челюсти. Опухоль подвижна, довольно мягкой консистенціи. Ляринготкопія указала парезъ правой голосовой связки. Трахея смѣщена сант. на $1^1/_2$ влѣво отъ средней линіи. Легкія и сердце здоровы.

25 октября. Операція. Разрѣзъ по Kocher'у. Опухоль выдѣлилась свободно.

29 октября. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

4 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго лѣченія съ поверхностной раной.

61) Struma parenchimatosa.

Е. П., 42 лѣтъ, вдова. Больная правильнаго сложенія, плохого питанія, блѣдна. Жалуется на запоры, слизистыя выдѣленія изъ rectum, по временамъ появляется кровь. Больна около года. Мѣсячныя путаются, очень обильны. Внутренніе органы нормальны. Матка сильно отклонена кзади. У больной кромѣ того имѣется зобъ, величиной около куринаго яйца, не причиняющій больной никакихъ страданій. Въ клинику поступила 18 сентября. Назначенъ Thyreoidin по 0,15.

22. Сентября. Выписана для амбулаторнато леченія.

62) Struma parenchi motosa.

С. Ч., 32 лѣтъ, крестьянка—Томской губ., Барнаульскаго уѣзда, замужняя, поступила въ клинику 13 января, выписалась 25 января 1907 года.

Въ семьѣ и роду больной никто зобомъ не страдалъ, въ мѣстности, гдѣ живетъ больная, такихъ заболѣваній она тоже не встрѣчала. У себя замѣтила опухоль на шеѣ лѣтъ пять тому назадъ, опухоль постепенно увеличивалась и въ послѣдній годъ стала затруднять дыханіе больной.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, питанія хорошаго. Грудные и брюшные органы здоровы. На шеѣ по средней линіи имѣется опухоль величиной въ кулакъ, подвижная, съ кожей неспаянная, безболѣзненная при давленіи.

18 февраля. Сдѣлана операція—resectio srtumae подъ хлороформомъ. Вставленъ небольшой тампонъ. Кожа зашита серфинами.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложеній. Тампонъ вынутъ на третій день. Швы сняты на пятый. Заживленіе гладкое.

63) Struma parenchimatosa.

П. В., 35 лѣтъ, крестьянка Енисейской губ., поступила 23 января, выписалась 14 февраля 1907 года.

Опухоль на шеѣ у больной существуетъ давно—лѣтъ 7—8. Въ настоящее время она достигаетъ величины большого мужского

кулака, сидитъ ассеметрично—больше вправо отъ средней линіи, подвижна, съ кожей не спаяна.

Больная средняго роста, питанія удовлетворительнаго. Въ легкихъ разсѣянные хрипы. Сердце здорово.

5 февраля. Операція—resectio strumae подъ хлороформомъ. Кровотеченіе минимальное. Въ рану вставлена небольшая марлевая полоска. Кожа зашита серфинами. Послѣоперапіонное теченіе безъ осложеній при нормальной температурѣ. Самочувствіе больной хорошее. Швы сняты на пятый день. Заживленіе гладкое.

64) Struma parenchimatosa.

С. Ч., 32 лѣтъ, родилась въ Ригѣ, живетъ въ Забайкальѣ, поступила въ клинику 18 января, выписалась 26 января 1907 г.

Опухоль на шеѣ у больной появилась десять лѣтъ тому назадъ. Двѣ сестры больной тоже имѣютъ небольшія опухоли на передней поверхности шеи. Больная по совѣту врачей примѣняла наружное лѣченіе іодомъ, но опухоль продолжала рости. Съ годъ тому назадъ опухоль стала вызывать одышку. Опухоль состоитъ изъ двухъ узловъ: одинъ большій—въ куриное яйцо—лежитъ направо отъ средней линіи и подходитъ подъ m-lus stern cl. mastoideus другой меньшій—лежитъ на лѣвой сторонѣ трахеи, оба узла соединены утолщеннымъ перешейкомъ щитовидной железы. Кожа надъ опухолью неизмѣнена, подвижна. Голосовыя связки при ляригоскопированіи нормальны, голосъ ясный. Питаніе больной плохое, кожа и слизистая блѣдны. Страдаетъ хроническимъ катарромъ желудка и кишекъ. Органы груди здоровы.

18 января произведена операція подъ хлороформомъ-частичная экстирпація правой половины железы и энуклеація лѣваго узла. Вставлена небольшая полоска стерилизованной марли и наложены серфины. Зобъ паренхиматозно-кистовидный.

Послѣоперапіонное теченіе безъ осложненій. Голосъ въ первые дни немного хриплый, на пятый день послѣ операціи нормальный. Тампонъ вынутъ на третій день, швы сняты на пятый. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

65) Struma cystica.

Ш. Е., 36 лѣтъ, крестьянка Маріинскаго уѣзда, Томской губерніи, деревни Верь-Чебула, замужняя, поступила въ клинику 18 января 1907 г., выписалась 14 февраля 1907 года.

Въ семействѣ заболѣванія зобомъ не наблюдалось, въ той-же деревнѣ есть зобъ только еще у одной женщины. Опухоль на шеѣ появилась четыре года тому назадъ, съ годъ больная стала ощущать боль при глотаніи даже жидкой пищи.

Больная средняго роста, хорошаго питанія. Органы груди и живота здоровы. Въ области щитовидной железы имѣется опухоль съ куриное яйцо, заходящая больше вправо отъ средней линіи, кожа надъ ней нормальна, съ опухолью не спаяна, опухоль безболѣзненна, при глотаніи слѣдуетъ за трахей.

5 февраля. Операція—вылущеніе кисты зобной железы. Кожный разрѣзъ и ходъ операціи обычный, принятый въ нашей клиникѣ. На кожу наложены серфины, вставлена небольшая полоска стерилизованной марли.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. Температура нормальна. Швы сняты на пятый день. Заживленіе первымъ нятяженіемъ, голосъ въ первые дни хриплый, къ концу недѣли перешелъ въ нормальный. 14 февраля больная выписалась.

66) Struma parenchimatosa.

М. П., 27 лѣтъ, живетъ въ гор. Ачинскѣ Енисейской губ., замужняя, поступила въ клинику 9 марта 1907 года.

Въ роду ни у кого заболѣванія зобомъ не наблюдалось. Сама больная всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Опухоль у себя на шеѣ замѣтила 6 лѣтъ тому назадъ; вначалѣ опухоль не безпокоила больную, но затѣмъ появилась одышка при быстрой ходьбѣ, а позднѣе затрудненное дыханіе при положеніи на спинѣ.

Больная правильнаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія; органы груди и живота здоровы. Въ передней области шеи видна подковообразная опухоль, которая, закрывая нагрудинную ямку, поднимается кверху почти до подъязычной кости и лежитъ по обѣимъ сторонамъ трахеи; слѣва опухоль немного больше чѣмъ справа На ощупь опухоль тѣстоватой конститенціи, плотнѣе на перешейкѣ, ясно узловатаго строенія, не флюктуируетъ, не пульсируетъ. Опухоль съ кожей и подлежащими частями не сращена, при глотаніи слѣдуетъ за движеніями гортани. Лимфатическія железы шеи и подмышечныя нормальны.

16 марта. Операція подъ хлороформеннымъ наркозомъ. По освобожденіи зоба оказалось, что онъ спаянъ плотнымъ узкимъ перешейкомъ съ трахеей, этотъ перешеекъ по наложеніи жомовъ былъ разсѣченъ, зобъ резецированъ, а на культю наложены лигатуры, вставлена узкая полоска марли, кожа зашита серфинами. На другой день у больной обнаружился параличъ обѣихъ верхнихъ конечностей, потеря чувствительности и движенія. На слѣдующій день чувствительность возстановилась, но подвижность въ теченіи цѣлой послѣдующей недѣли не дошла до нормы. Тампонъ вынутъ черезъ день, швы сняты на 5-й, заживленіе глад-

кое. Голосъ съ момента операціи хриплый. Ляриигоскопическое изслѣдованіе показало параличъ правой голосовой связки.

21 марта. Выписалась.

67) Lymphadenitis colli tuberculosa.

П. Л., 17 лѣтъ, крестьянинъ Енисейской губ., поступилъ въ клинику 18 ноября 1903 г., выписался 24 ноября 1903 года.

Лимфатическія железы на шеѣ увеличены съ дѣтства. За послѣднее время больной отмѣчаетъ особенно быстрый ростъ ихъ; нѣкоторыя нагноились, гной выдѣлился, остались свищи. Со стороны другихъ органовъ заболѣваній нѣтъ.

19 ноября. Операція—вылущеніе железъ. Кожный разрѣзъ по направленію грудино—ключичныхъ мышцъ. Подчелюстныя лимфатическія железы слѣва удалены изъ особаго разрѣза, параллельнаго нижней челюсти. Рана зашита; вставлены два небольшіе тампона. Тампоны удалены на третій день. Заживленіе первымъ натяженіемъ, за исключеніемъ тѣхъ мѣстъ, гдѣ были тампоны, заживншихъ per. granulationem.

24 ноября. Больной выписался.

68) Lymphadenitis colli tuberculosa.

Больной И. Н., 20 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. Два года тому назадъ замѣтилъ у угла правой нижней челюсти опухоль, постепенно увеличивающуюся. Лѣтомъ однако опухоль исчезла, но зимой снова подъ челюстью и на шеѣ появилось нѣсколько новыхъ узловъ, которые уже не исчезали, а наоборотъ увеличивались. Года три тому назадъ было какое-то заболѣваніе суставовъ на ногахъ: они опухали, затѣмъ образовывались нарывы, которые произвольно прорывались.

Больной крѣпкаго тѣлосложенія, питанія хорошаго. Подъ угломъ правой челюсти прощупывается железа величиною съ куриное яйцо. Такая-же железа имѣется у внутренняго края m-li. st. cl. mastoidei вверху. Далѣе внизъ по внутреннему краю названной мышцы и подъ ней прощупывается цѣлый конгломератъ увеличенныхъ железъ отъ горошины до орѣха величиной, спускающійся до надключичной ямки. У внутренняго края лѣваго m-list. cl. most. прощупываются тоже железы величиной съ горошину. Органы груди и живота нормальны.

13 октября. Операція. Разрѣзъ угольный: по краю m-li st. cl. most. и подъ угломъ къ нему, параллельно краю нижней челюсти. Железы заложены глубоко по ходу v. jug., отъ которой отдѣлены тупымъ путемъ. Рана зашита, вставленъ тампонъ.

13 октября—15 октября температура 38—39,4, хотя рана чистая.
17 октября. Перевязка. Гноя нѣтъ. Температура нормальна.
20 октября. Рана чистая.
26 октября. Выписался.

69) Lymphadenitis colli tuberculosa.

Ф. Г., 36 лѣтъ, дѣвица. Происходитъ изъ здоровой семьи. Настоящее заболѣваніе началось мѣсяца 4 тому назадъ—на лѣвой сторонѣ шеи появилась небольшая опухоль; былъ жаръ и ознобъ, которые не прекращаются до настоящаго времени.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. На лѣвой сторонѣ шеи подъ m-lus st. cleid. mast. опухоль съ гусиное яйцо величиной, переходящая на переднюю поверхность шеи. Покрыта покраснѣвшей кожей. Въ центрѣ флюктуація. Боль. Температура 39—38,1.

3 октября. Разрѣзъ вдоль m-lus st. cl. mastoid. Вышло немного жидкаго гноя. Распавшіяся железы удалены тупымъ путемъ. Іодоформенный тампонъ.

4 октября. Перевязка. Рана сухая. Температура 37,1—36,9.

5 октября. Выписалась по собственному желанію.

70) Lymphadenitis colli tuberculosa.

И. Н., 21 года, холостъ. Родители здоровы. Самъ больной до настоящаго заболѣванія ничѣмъ не страдалъ. Два года тому назадъ сталъ замѣчать ниже угла правой нижней челюсти небольшую опухоль, которая, начавшись зимой, лѣтомъ исчезла. На слѣдующую зиму опухоль появилась опять, но уже не пропала. Больной тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго. Органы груди и живота нормальны. Внизу угла правой нижней челюсти опухоль плотной консистенціи, подвижная, съ кожей не спаяна, представляетъ конгломератъ железъ величиной отъ орѣха до голубинаго яйца. Подъ ушной мочкой—свищъ съ засохшимъ отдѣляемымъ. Прощупываются небольшія (съ горошину) железки съ лѣвой стороны шеи.

12 октября. Операція. Разрѣзъ отступя пальца на два отъ угла нижней челюсти по заднему краю m-li st. cl. mast. сант. 6 длиной. Вверху и внизу—два поперечныхъ перпендикулярныхъ къ первому. Вылущены всѣ железы. Рана зашита съ двумя тампонами изъ іодоформенной марли. Свищъ выскобленъ острой ложкой. Операція продолжалась два часа. Хлороформа 40,0.

14 октября. Перевязка. Отдѣляемое кровянистое.

17 октября. Рана чистая; сняты швы

20 октября. Рана заживаетъ.

23 октября. Перевязка.

25 октября. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

71) Lymphadenitis tuberculosa.

П. К., 23 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Въ 1908 году получилъ сифилисъ. 3 года тому назадъ были удалены туберкулезныя железы подъ лѣвымъ угломъ нижней челюсти. Годъ тому назадъ увеличились железы подъ правой стороной челюсти и подъ подбородкомъ. Нѣкоторыя изъ нихъ нагноились, давали свищи, заживавшіе сами собой.

Больной питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны. Правыя подчелюстныя железки увеличены, покрыты рубцевой кожей, въ которой имѣется свищъ, выдѣляющій гной.

18 декабря. Операція—вылущеніе железъ. Большинство железъ распалось. Въ рану іодоформенный тампонъ.

20 декабря. Перевязка. Рана чистая. Выписался дла амбулаторнаго леченія.

72) Lymphadenitis tuberculosa.

М. В., 15 лѣтъ, гимназистка. Перенесла корь и скарлатину. Питанія хорошаго. На передней и боковыхъ сторонахъ шеи имѣется опухоль, состоящая изъ отдѣльныхъ узловъ—железъ, между собой и съ кожей не спаянныхъ, подвижныхъ, величиной отъ горошины до грецкаго орѣха. Эта опухоль появилась два года тому назадъ.

27 сентября. Операція—вылущеніе железъ. Разрѣзъ справа по ходу праваго m-li st. cl. mast. изъ этого разрѣза удалены железы правой стороны. Затѣмъ разрѣзъ поперечный по серединѣ шеи и къ нему продольный по ходу лѣваго m. st. cl. mast. изъ этихъ разрѣзовъ удалены остальныи железки. Тампоны. Швы.

29 сентября. Удалены тампоны.

1 октября. Сняты швы. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

2 октября. Выписалась.

73) Lymphadinitis colli tuberculosa. (Sarcoma colli).

В. Ш., 47 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Въ дѣтствѣ страдалъ золотухой. Съ годъ назадъ за правымъ ухомъ появилась небольшая опухоль, довольно мягкая, затѣмъ она стала увеличиваться, становилась плотнѣе.

Больной крѣпкаго сложенія, очень хорошаго питанія. Правую половину шеи отъ processus mastoideus и до ключицы занимаетъ опухоль величиной около 2-хъ кулаковъ, неправильной формы. Большая часть опухоли занимаетъ подчелюстную область, область подъ ухомъ и позади восходящей вѣтви нижней челюсти. Впереди опухоль доходитъ до середины шеи, а кзади на палецъ за край m-li st. cl. mastoid., подъ которымъ она и расположена. Опухоль плотная, покрыта неизмѣненной кожей, съ кожей не спаяна.

9 февраля. Операція. Хлороформа 15,0, эфира 150,0. Продолжительность 2 ч. 40 м. При удаленіи опухоли оказалось, что она проросла v. jugularis internam, которая была перевязана. Въ самомъ концѣ операціи пришлось перевязать a. carotis inter, тоже задѣтую опухолью. Послѣ этого сразу пульсъ рѣзко упалъ, дыханіе стало поверхностно, а вскорѣ остановилось и то и другое. Не смотря на принятыя мѣры больной умеръ на столѣ.

На вскрытіи обнаружена незначительная разница въ кровенаполненіи правой и лѣвой половинъ головы, очень жирное сердце, метастазы въ селезенкѣ. Опухоль—саркома.

74) Lymphadinitis colli tuberculosa.

Г. М., 33 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Железы слѣва на шеѣ стали увеличиваться лѣтъ 6 тому назадъ. Въ настоящее время имѣется пакетъ железъ слѣва по ходу грудино-ключично-сосковой мышцы.

17 ноября. Подъ хлороформомъ (50,0) удаленъ весь пакетъ железъ. Глубокія шейныя железы частью не удалены. Операція продолжалась 2 ч. 15 м.

22 ноября. Сняты швы. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

25 ноября. Выписанъ.

75) Lymphadinitis colli tuberculosa.

Д. У., 43 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Все время пользовался хорошимъ здоровьемъ. Послѣдніе лѣтъ 5 сталъ замѣчать, что у него увеличиваются железы съ правой стороны шеи. Годъ тому назадъ одна железа нагноилась и дала свищъ, который закрылся только недавно. 24 октября обратился въ клинику. Питаніе хорошее. Органы груди и живота здоровы. Съ правой стороны шеи, кнутри отъ m-lus stcl. mostoideus тянется пакетъ увеличенныхъ железъ, величиной отъ лѣсного орѣха до голубиннаго яйца. Почти подъ ключицей—рубецъ отъ зажившаго свища.

24 октября сдѣлана подъ хлороформомъ операція. Железы выдѣлялись легко. Часть ихъ распалась и была удалена острой ложкой. Тампонъ.

Заживленіе шло гладко. Температура не повышалась. Съ 31 октября лечился амбулаторно.

76) Lympladinitis colli tuberculosa.

В. О., 20 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. 6 лѣтъ тому назадъ стали увеличиваться шейныя железы съ лѣвой стороны.

24 февраля. Подъ хлороформомъ железы вылущены. Въ глубокихъ железахъ—нагноеніе. Рана зашита, частью затампонирована Заживленіе вторымъ натяженіемъ безъ осложненій.

1 марта. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

77) Sarcoma colli.

Н. Б., 28 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. 4 года тому назадъ у больного съ правой стороны шеи появилась твердая опухоль, постепенно увеличивавшаяся. Черезъ годъ она стала мягкой, на ней былъ сдѣланъ проколъ, откуда вышелъ гной. Отъ такого мѣропріятія опухоль не исчезла и больной 18 марта 1907 года обратился въ клинику. Кнутри отъ праваго strno cleido mostoidei тянется сверху внизъ яйцевидной формы твердая опухоль съ фокусомъ размягченія въ центрѣ. Опухоль подвижна сверху внизъ, спереди назадъ—подвижность значительно ограничена Величена опухоли около гусинаго яйца. Шейныя лимфатическія железы увеличены

23 марта. Операція. Разрѣзъ по длиннику опухоли. Фокусъ размягченія былъ поверхностный и незначительный. Опухоль—конспстенціи дерева, плотно срослась съ подлежащими частями (U. jugularis interna). Была удалена опухоль съ перерожденнымъ гр. кл. мускуломъ, вена перевязана. Тампонъ и швы.

Заживленіе шло per gvanulotionem. Температура все время нормальна.

3 апрѣля больной выписанъ для амбулаторнаго леченія съ незначительной раной.

78) Angioma.

В. П. 18 лѣтъ, учащійся. Лѣтъ 10 тому назадъ замѣтилъ у себя на шеѣ опухоль, которая постепенно увеличивалась.

Больной правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. На шеѣ опухоль мягкая, спадающаяся при давленіи и увеличивающаяся при натуживаніи, покрытая неизмѣненной кожей. Занимаетъ она правую подчелюстную область, подбородокъ, переднюю поверхность шеи. На внутренней сторонѣ щеки (правой) за-

мѣтны отдѣльные синіе узлы. Внизу на шеѣ видны расширенныя и извитыя вены.

19 января. Леченіе электролизомъ. Иголки вкалываются въ слизистую щеки, предварительно смазанную $5^0/_0$ кокаиномъ. Сила тока 25 ml. amp. Въ теченіе почти $1^1/_2$ мѣс. ежедневно сеансы электролиза. Особыхъ измѣненій въ опухоли не наблюдается. Выписался и продолжалъ леченіе амбулаторно. Опухоль нѣсколкко спалась, но не исчезла.

79) Cystoma colli.

Т. Ю., 60 лѣтъ, женатъ, хлѣбопашецъ. 3 года тому назадъ на правой сторонѣ шеи появилась опухоль. За послѣдній годъ опухоль стала усиленно рости и вмѣстѣ съ тѣмъ появился парезъ правой руки. Въ настоящее время (13 октября) опухоль величиной съ гусиное яйцо, плотная, неболѣзненная. Расположена подъ m-lus ster. cl. mostoi deus правой стороны. Мало подвижна. Лимфатическія железы шеи не увеличины.

17 октября. Подъ хлороформомъ (28,0) операція. Опухоль вылущена легко, оказалась кистой съ коллоиднымъ содержимымъ. Росла отъ позвоночника и была сращена съ шиловиднымъ отросткомъ. Въ уголъ раны тампонъ. Швы

19 октября. Тампонъ удаленъ.

23 октября. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

30 октября. Выписался.

80) Intubatio Tracheotomia media.

А. Е., 2 лѣтъ, дочъ крестьянина изъ Томскаго уѣзда, поступила 16 октября умерла 17 октября 1903 года.

Заболѣла нѣсколько дней тому назадъ, заразилась отъ брата, умершаго дома въ деревнѣ отъ дифтерита. Утромъ 16 октября больной впрыснуто два флакона антидефтиритной сыворотки, вслѣдствіе угрожающей асфиксіи она направлена въ хирургическую клинику. Въ 12 часовъ дня сдѣлана интубація, улучшеніе дыханія очень небольшое. Въ 8 час. вечера вслѣдствіе наступившаго ціаноза трубочка интубатора вынута, прочищена и вставлена снова, улучшенія никакого. Сдѣлана подъ слабымъ хлорофор. наркозомъ средняя трахеотомія, улучшеніе дыханія очень незначительное, кашлевыхъ движеній почти нѣтъ, плохо реагируетъ и на раздраженіе трахеи перышкомъ.

17 октября. Температура 38,2, дыханіе до 80, сильное втягиваніе межреберьевъ и изгибаніе грудной клѣтки; экскурсій гортани (вверхъ и внизъ) нѣтъ. Ножная теплая ванна, впрыснута камфора. Въ 2 часа дня умерла, при патолого-анатомическомъ вскрытіи найдено, что пленки спустились въ крупные бронхи.

81) Cruppus.

Е. С., 1 годъ 5 мѣс. 3-го ноября заболѣла дифтеріей. 7 ноября впрыснуто два флакона антидифтеритной сыворотки. Въ этотъже день доставлена въ клинику съ сильнымъ стенозомъ гортани, гдѣ сейчасъ-же сдѣлана tracheotomia media. Пульсъ слабый. Отхаркивающее.

8 ноября. Впрыснуто еще 2 флакона сыворотки. Дышетъ плохо.

9 ноября. Дыханіе и пульсъ лучше.

27 ноября. Трубочка вынута—свободно дышетъ. Вечеромъ выписана.

82) Crupus. Tracheotomia.

Л. Х., 4 лѣтъ. Заболѣлъ недѣлю тому назадъ. Въ заразной больницѣ два раза по 2 флакона впрыснута противодифтеритная сыворотка. Поступилъ въ клинику 25 Сентября съ явленіями стеноза, но синюхи не было. Налетовъ въ глоткѣ нѣтъ. Назначена пульверизація содой. Температура 37,6.

26 сентября. Температура 37,7—38,8. Дышетъ также. Синюхи нѣтъ.

27 сентября. Съ 6 час. утра сталъ дышать хуже, появилась синюха. 2 флакона сыворотки. Въ 9 час. утра—tracheotomia super. Дышать сталъ лучше. Температура 37-38,4.

28 сентября. Температура 38,8. Отдѣляется много слизи.

29 сентября. Появилась сыпь скарлатинозная.

30 сентября. Утромъ черезъ трубочку кровотеченіе. Вставлена меньшая трубочка. Сняты швы.

1 октября. Дышетъ лучше. Слизи меньше.

6 октября. Вынута трубочка и сдѣлана интубація. Дышетъ хорошо.

29 октября. Выписанъ здоровымъ.

83) Cruppus. Trachetomia.

О. М., 1 г. 4 м., доставлена въ клинику 23 ноября при явленіяхъ асфиксіи. Заболѣла 2 дня назадъ, на миндалинахъ налеты. Сдѣлана trachetooma superior. Дыханіе стало свободнымъ. Впрыснутъ флаконъ сыворотки. Вечеромъ температура 39,9.

24 ноября. Температура 38—38,4. Самочувствіе лучше. Налетовъ нѣтъ.

25 ноября. Температура 37,3-37,2.

27 ноября. Температура 38,4—39,7. Дыханіе свободно.

28 ноября. Температура 37,6—37,9. Чувствуетъ себя хорошо.

30 Ноября. Температура нормальна.

1 декабря. Вынута трубочка. Дыханіе затруднено. Трубочка вставлена снова.

7 декабря. Трубочка вынута. Дыханіе свободное.

8 декабря. Въ 5 час. утра сильная асфиксія.

Трубочку вставить сразу не удалось. Расширена кожная рана, вставлена трубочка. Искуственное дыханіе. Смерть.

84) Cruppus. Tracheotomia.

Ф. Ш., 3 лѣтъ. Въ ночь на 13 ноября больной былъ доставленъ въ клинику съ явленіями стеноза гортани. Въ зѣвѣ—дифтерическія пленки. Болѣетъ два дня, не лечился. Сейчасъ-же впрыснуто 2 флакона сыворотки. Tracheotomia super. Дышать сталъ лучше.

14 ноября. Дышетъ значительно лучше.

15 ноября. Температура 38,0—390,2 флакона сыворотки.

16—28 ноября. Температура 38,2.

1 декабря. Трубочка вынута. Дышетъ свободно. Говоритъ.

2 декабря. Выписанъ.

85) Секвестръ хрящей гортани.

М. Б, 25 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Лѣтъ пять тому назадъ заразился сифилисомъ. Въ маѣ текущаго года сталъ страдать стѣсненіемъ дыханія, которое все прогрессировало, такъ что вскорѣ (приблизительно черезъ мѣсяцъ) пришлось сдѣлать трахеотомію. Безъ трубочки дышать не могъ.

Больной правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Adenopatia universalis. На кожѣ рубцовъ нѣтъ. Носитъ трахеотомическую трубочку. Ляринговкопировать не удается.

9 октября. Операція Laringo fissura. Кокаинъ 1 %. Разрѣзъ отъ подъязычной кости до трубочки. Щитовидный и перстневидный хрящи расщеплены по средней линіи. Съ правой стороны удаленъ омертвѣлый кусокъ хряща. Швы сразу на хрящъ и на кожу. Тампоны.

11 октября. Кожа около раны нѣсколько покраснѣла. Инфильтрирована.

13 октября. На мѣстѣ инфильтрата-флюктуація. Разрѣзъ—гной.

Заживленіе вторымъ натяженіемъ. Перевязки каждый день.

1 ноября. Вынули трубочку, но черезъ часъ пришлось вставить опять.

9 ноября. Трубочку вынуть не удается. Рана почти зажила.

11 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

86) Paralysis chordae vocalis.

А. М., $1^1/_2$ лѣтъ. Послѣ трахеотоміи, сдѣланной въ сентябрѣ по поводу крупа гортани, случился параличъ голосовыхъ связокъ, поэтому трубочку вынуть было нельзя. Параличъ прошелъ, но дыханіе безъ трубочки настолько затруднено, что быстро наступаетъ ціанозъ.

25 октября. Подъ наркозомъ рана расширена и острой ложкой выскоблены грануляціи выше и ниже разрѣза въ трахеѣ. Черезъ 3 дня трубочка вынута. Ребенокъ дышетъ совсѣмъ свободно и только при волненіи дыханіе слегка стенозировано.

30 октября. Выписана.

87) Corpus alienum in trachea.

З. П., 4 лѣтъ. Играя съ кедровыми орѣшками, вдругъ сильно закашляла и посинѣла. Безрезультатно дѣлали искусственное дыханіе. Въ клиникѣ была сдѣлана tracheotomia, но орѣха въ трахеѣ обнаружить не удалось.

7 декабря. Температура веч. 40. Трубочка вынута, рана кожная разведена края трахеи пришиты къ краямъ кожной раны. Зондомъ изслѣдована трахея до начала развѣтвленій и нигдѣ орѣха не найдено. Встряхиваніе ребенка не дало успѣха.

8 декабря. Температура веч. 39,9.

9 декабря. Вечеромъ ребенокъ сталъ задыхаться. Отверстіе трахеи расширено, въ трахеѣ ничего не найдено. Ребенка встряхнули внизъ головой Послѣ этого въ ранѣ трахеи замѣченъ орѣхъ, который извлеченъ пинцетомъ.

15 декабря. Выписалась вполнѣ здоровой.

88) Corpus alienum in trachea.

М. П., 22 лѣтъ, крестьянка, Томской губерніи, замужняя, поступила въ клинику 27 октября, выписалась 3 ноября 1906 года.

17 октября во время шитья держала иголку съ ниткой въ зубахъ и закашлялась, иголка ускользнула въ ротъ и дальше въ гортань или пищеводъ, нитка осталась наружи, но больная впопыхахъ ее вытащила. Больная чувствовала сильную боль при глотаніи, питалась только однимъ чаемъ. 24 октября она явилась на пріемъ въ клинику; подвергнута рентгеноскопіи: игла видна ниже щитовиднаго хряща между трахеей и пищеводомъ въ косомъ направленіи сверху внизъ отъ трахеи къ пищеводу. Попытки захватить ее черезъ пищеводъ какимъ нибудь инструментомъ при освѣщеніи рентгеновскими лучами не повела ни къ чему. Больная положена была въ клинику.

30 октября. Подъ мѣстной анэстезіей сдѣлана операція—crico tracheotomia. Игла видна на задней стѣнкѣ трехеи. При попыткѣ захватить ее и извлечь, сильнымъ кашлевымъ толчкомъ игла выброшена въ зѣвъ къ правой небной дужкѣ откуда и взята пинцетомъ. Послѣ операціи больная сначала кашляла съ примѣсью крови къ вечеру совершенно успокоилась. Заживленіе ранки гладкое.

3 ноября больная выписалась совершенно здоровой.

89) Polypus chordae vocalis.

А. К., 24 лѣтъ, дѣвица, прислуга. На лѣвой голосовой связкѣ полипъ съ широкоимъ основаніемъ, въ видѣ клапана закрывающій входъ въ гортань. Дыханіе сильно затруднено.

13 января. tracheotomia superior.

19 ядчаря. Самочувствіе хорошее. Полипными щипцами скушенъ небольшой кусочекъ полипа.

22 января. Операція повторена.

25 января. Снятъ еще небольшой (въ кедровый орѣхъ) кусочекъ полипа.

26 января. Снятъ кусокъ полипа въ горошину.

28 января. Тоже.

30 января. Дышетъ черезъ гортань хорошо.

2 февраля. Сняты остатки полипа. Голосъ хорошій.

5 февраля. Выписалась.

90) Paralysis chordoe vocolis.

Б. П., раненъ подъ Мукденомъ 30 сентября 1904 года ружейной пулей, которая, задѣвъ подбородокъ, вошла съ лѣвой стороны на уравнѣ щитовиднаго хрящя, а вышла позади наружнаго края правой ключицы. Недѣли черезъ двѣ по дорогѣ въ госпиталь больной сталъ задыхаться; сдѣлана была трахеотомія, черезъ 17 дней послѣ которой поступилъ въ Томскій лазаретъ Половцевой. Здѣсь найдено: входное и выходное отверстіе раны зажило. Дышетъ черезъ трахеотомическую трубочку. При лярингоскопіи найдено: входъвъ гортань свободный, голосовыхъ связокъ не видно.

21 февраля въ клиникѣ сдѣлана laryngtomia. Изъ верхней части трахеи выскаблены острой ложкой закрывающія ее грануляціи.

Перевязки черезъ день. Постепенно сталъ появляться голосъ. Дышетъ безъ трахеотомической трубочки.

Болѣзни груди.

А. Опухоли грудной железы.

Всѣхъ операцій на грудной железѣ сдѣлано 10—восемь по случаю рака грудной железы и двѣ по случаю фиброаденомы. одной больной (97) отказано въ операціи въ виду плохого сердца и легкихъ, другая принята въ состояніи рѣзкаго упадка силъ и умерла до операціи. Операція вылущенія рака грудныхъ железъ велась по принятому въ нашей клиникѣ способу, описанному въ отчетѣ за предыдущій годъ: всегда удалялись m-li pectoralis major et minor съ клѣтчаткой, заложенной между ними, тщательно удалялись всѣ мелкія железки вмѣстѣ съ клѣтчаткой, расположенной около вены subclavia; въ двухъ случаяхъ послѣ предварительной перевязки были резицированы участки v. subclavia. (случ. 92 и 94) Рана зашивалась наглухо, иногда съ лоскутомъ изъ стѣнки живота, одинъ разъ сдѣлана пересадка кожи по Tirsch'у въ подмышечную область вставлялся небольшой тампонъ дренажъ. Въ пяти случаяхъ заживленіе шло безъ нагноенія, въ трехъ съ поверхностнымъ нагноеніемъ въ швахъ и въ одномъ случаѣ подкожное на ограниченномъ участкѣ.

В. Другія заболѣванія груди.

Къ этому отдѣлу отнесены 12 случаевъ резекцій реберъ у больныхъ эмпіемой, при чемъ для пяти случаевъ подробныхъ исторій болѣзни нѣтъ такъ какъ листки велись по дѣтской клиникѣ; два случая коріознаго процесса въ ребрахъ, натечный общессъ, кифозъ и саркома груди, въ двухъ послѣднихъ случаяхъ операціи не было: больному съ кифозомъ наложенъ съемный корсетъошейникъ, а больной съ саркомой отказался отъ операціи.

91) Fibroadenoma mammae.

Н. П., 26 лѣтъ, замужняя. Происходитъ изъ здоровой семьи, сама раньше ничѣмъ не хворала. Мѣсяца два тому назадъ замѣтила небольшую болѣзненную твердую опухоль на лѣвой грудной железѣ, величиной съ орѣхъ. Опухоль эта постепенно увеличивалась.

Правильное тѣлосложеніе, питаніе хорошее. Внутренніе органы нормальны. Въ обѣихъ грудяхъ въ верхне-наружной части прощупываются уплотненія—въ правой съ голубиное яйцо, въ лѣвой приблизительно вдвое больше. Отъ окружающей ткани опухоли не рѣзко отграничены.

14 октября. Операція. Хлороформа—6,0, 30 мин. Разрѣзы надъ опухолями. Опухли вылущены. На кожу серфины. Подъ микроскопомъ—фиброаденома.

18 октября. Сняты швы. Prumo intentio. Выписана.

92) Cancer mammae dextrae.

Ф. П., 48 лѣтъ, прислуга, дѣвица. Питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны. Въ правой грудной железѣ опухоль, величиной съ кулакъ, появилась $1^1/_2$ года тому назадъ, твердая, бугристая, спаянная съ кожей; сосокъ втянутъ. Железы лимфатическія не прощупываются.

24 сентября. Операція. Разрѣзъ кожи по Kocher'у. Удалены части грудныхъ мышцъ малой и большой. Около v. subclavia были железы спаянныя съ ней, поэтому резецированъ участокъ вены длиной сант. въ 5. Рана закрыта кожнымъ лоскутомъ, изъ брюшной стѣнки.

27 сентября. Перевязка. Уголъ лоскута омертвѣлъ, удаленъ.

31 сентября. Сняты швы. Температура 38,2.

3 октября. При перевязкѣ значительное количество гноя.

4 октября. Гноя нѣтъ.

Перевязки каждый день. Рана хорошо гранилируетъ.

26 октября. Больная выписалась съ незначительной раной для амбулаторнаго леченія.

93) Cancer mammae dextrae.

М. К , 62 лѣтъ, дѣвица. Роста средняго, питанія ослабленнаго. Въ правой грудной железѣ въ верхнемъ сегментѣ опухоль, величиной въ два кулака, бугристая, изъязвившаяся, съ кожей спаяна. На передней axillar'ной линіи, тотчасъ подъ m-lus pector. major узелъ, величиной въ куриное яйцо. Опухоль появилась около 10 мѣсяцевъ тому назадъ.

15 сентября. Операція подъ хлороформомъ Разрѣзъ по Kocher'у, перерѣзаны у мѣста прикрѣпленія m-li pectoralis mojor et minor и удалены вмѣстѣ съ фасціей и клѣтчаткой.

Въ клѣтчаткѣ около v. subclaveia лежали раковоперерожденныя железки, которыя отъ вены отдѣлялись легко. Рана закрыта при помощи пластики. Продолжительность операціи 1 ч. 20 м.

18 сентября. Перевязка. Уголъ лоскута омертвѣлъ.

20 сентября. Лоскутъ омертвѣвшій удаленъ.

23 сентября. Рана очищается.

25 сентября. Рана гранилируетъ хорошо. Въ остальныхъ мѣстахъ заживленіе первымъ натяженіемъ.

3 октября. Выписалась.

94) Cancer mammae dextrae.

Е. П., 45 лѣтъ. Питаніе удовлетворительное, органы груди и живота здоровы. Въ правой грудной железѣ въ области соска опухоль величиной съ дѣтскій кулакъ, твердая, бугристая, съ кожей не спаяна. Въ глубинѣ подмышечной впадины узелъ величиной въ голубиное яйцо, подвижный.

13 сентября. Операція подъ хлороформомъ. Разрѣзъ по Kocher'у. Перерѣзаны и удалены вмѣстѣ съ фасціей и клѣтчаткой грудинныя мышцы; у v. subclavia лежала раковая железа, плотно сросшаяся съ веной, почему резецированъ участокъ послѣдней, величной въ 3—4 сант. Подмышечныя железы удалены вмѣстѣ съ клѣтчаткой. Рана закрыта при помощи лоскута, выкроеннаго изъ живота, величиной въ ладонь. Вставленъ въ подмышечную область тампонъ. Эфиръ 100,0. Продолжительность операціи $1^1/_2$ часа.

16 сентября. Удаленъ тампонъ. Рана чистая. Температура 36,9—37,6.

19 сентября. Сняты швы черезъ одинъ.

20 сентября. Сняты всѣ швы.

24 сентября. Перевязка. Заживленіе первымъ натяженіемъ

25 сентября. Выписалась.

95) Cancer mammae sinistrae.

О. Ч., 57 лѣтъ, замужняя. Со стороны наслѣдственности указаній нѣтъ. Раньше пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ. Годъ тому назадъ замѣтила на лѣвой грудной железѣ вблизи грудины опухоль въ горошину. До минувшей осени опухоль не увеличивалась и не безпокоила больную, а съ этого времени начала рости.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе ослабленное. Внутренніе органы здоровы. Въ верхне-внутреннемъ сегментѣ лѣвой железы опухоль, величиной въ кулакъ, твердая, бугристая, безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ сосѣднія ткани; кожа надъ ней красна, истончена, съ опухолью спаяна. Опухоль идетъ отъ грудины и не доходитъ на палецъ до соска. Относительно грудной клѣтки подвижность ограничена. Небольшія железы подъ мышкой.

10 марта. Разрѣзъ по Kocher'у. Прикрѣпленіе большой грудной мышцы къ грудинѣ отдѣлено. Удалена межмышечная клѣтчатка.

Перерѣзанъ малый грудной мускулъ и центральный его конецъ удаленъ. Тщательно удалена клѣтчатка съ железами въ подмышечной впадинѣ. Сзади сдѣлано противоотверстіе для дренажа. Большая раневая поверхность закрыта частью стянутыми краями раны, частью кожнымъ лоскутомъ въ видѣ треугольника, взятаго съ нижней поверхности груди и живота изъ того-же разрѣза. Оставшійся небольшой участокъ сант. въ 6 кв. закрытъ по Tirsch'y. Операція 1 ч. 20 м. Хлороформа 20,0.

11 марта. Температура 37,4—37,9. Самочувствіе хорошее.

13 марта. Перевязка. Тампоны чисты. Лоскутъ всюду прилежитъ плотно.

16 марта. Сняты швы за исключеніемъ угловыхъ. Пересаженные лоскуты приросли, за исключеніемъ одного, который омертвѣлъ и отпалъ.

18 марта. Сняты остальные швы. Рана чистая. На мѣстѣ Тиршевской пересадки лоскуты держатся, свободная поверхность гранулируетъ.

Перевязки черезъ день. Температура нормальна. Больная выписалась съ вполнѣ зажившей раной.

96) Cancer mammae sinistrae.

Н. Ч., 45 лѣтъ, замужняя. Заболѣла годъ тому назадъ: появился плотный узелъ величиной въ грецкій орѣхъ въ лѣвой грудной железѣ. Узелъ этотъ постепенно, а къ концу года довольно быстро, росъ. Больная сильно исхудала. Появились боли въ груди, въ области желудка и сильная ломота въ ногахъ.

2 февраля. Средняго роста, питанія подорваннаго. Лѣвая грудная железа занята твердой опухолью, величиной въ головку ребенка, съ изъязвившейся поверхностью; края язвы разворочены, тверды, отдѣляемое зловонно. Подключичныя железы и подмышечныя увеличены, тверды. Печень сильно увеличена, выступаетъ пальца на три за край ложныхъ реберъ, тверда, края острые, поверхность гладкая, въ лѣвой долѣ бугристость. Область желудка при давленіи болѣзненная. Больная находится въ полусознательномъ состояніи, на вопросы отвѣчаетъ вяло и неохотно.

7 февраля. Переведена въ заразный баракъ.

8 февраля Mors. Вскрытія не было.

97) Cancer mammae sinistrae.

В. А., 66 лѣтъ, дѣвица. Заболѣла около года тому назадъ. Въ настоящее время (30 марта) на лѣвой грудной железѣ имѣется

канкрозная язва, величиной съ серебрянный рубль. Очень слабые сердечные тоны, припадки удушья.

Въ операціи отказано.

98) Cancer mammae dextrae.

П. Г., 60 лѣтъ, замужняя, крестьянка. Заболѣла около $1^1/_2$ лѣтъ тому назадъ. Въ наружномъ квадратѣ правой грудной железы опухоль величиной въ кулакъ, твердая, спаяннная съ кожей, подвижная относительно грудной клѣтки. Подъ мышкой пакетъ увеличенныхъ лимфатическихъ железъ спаянныхъ между собой.

7 октября. Операція amputotio mammoe. Рана зашита наглухо. Въ подмышечную область тампонъ.

15 октября. Сняты всѣ швы. Заживленіе гладкое.

17 октября. Выписалась.

99) Cancer mammae dextrae.

П. Х., 55 лѣтъ, дѣвица, прислуга. Въ октябрѣ м. г. послѣ ушиба появилась величиной съ горошину опухоль, постепенно увеличивавшаяся. Въ настоящее время (19 января) въ основаніи правой грудной железы—опухоль, величиной въ куриное яйцо, спаянная съ кожей, подвижная относительно грудной клѣтки.

Въ правой подмышечной впадинѣ прощупывается увеличенная, плотная железа.

Въ остальномъ здорова. Питаніе удовлетворительное.

20 января. Подъ хлороформомъ (25,0) операція. Разрѣзъ по Kocher'у удалены части грудинныхъ мышцъ. Тампоны и швы.

Перевязки каждый день. Заживленіе шло хорошо.

21 февраля. Выписалась съ небольшой раной для амбулаторнаго леченія.

100) Cancer mammae sinistrae

У. К., 42 лѣтъ. крестьянка Томской губ. замужняя. поступила въ клинику 1 ноября, выписалась 19 ноября 1906 года.

Въ семьѣ сестра больной умерла отъ какой-то опухоли живота, другихъ указаній на наслѣдственное предрасположеніе къ опухолямъ не имѣется.

У больной пять лѣтъ тому назадъ было воспаленіе лѣвой грудной железы около соска, разсосавшееся подъ вліяніемъ домашнихъ средствъ. Два года тому назадъ на томъ-же мѣстѣ появилось затверденіе, перешедшее въ постепенно растущую опухоль.

Въ настоящее время вся лѣвая грудная железа занята опухолью около 10 сант. въ діаметрѣ, опухоль эта спаяна съ кожей, кожа ціанотична, въ двухъ мѣстахъ изъязвлена, величина язва 3 кв. сант., одна пзъ нихъ лежитъ на мѣстѣ соска, сосокъ уничтоженъ. Опухоль относительно грудной клѣтки подвижна. Подмышечныя железы увеличены, тверды, другія лимфатическія железы (подъ надлюч.) нормальны. Питаніе и общее состояніе больной удовлетворнтельно. Сердце и легкія здоровы.

10 ноября. Операція подъ хлороформомъ. Удалена грудная железа съ частью мышцъ—грудинныхъ и подмышечными железами. Вставленъ небольшой тампонъ. На кожу серфины. Тампонъ вынутъ черезъ день. Серфины сняты на пятый. Небольшое нагноеніе въ швахъ на разстояніи 3 сант. быстро очистившееся, температура все время нормальна.

Заживленіе гладкое.

101) Fibro adenoma mammae dextrae.

А. К., 42 лѣтъ, учительница, живетъ въ Томскѣ, замужняя, поступила въ клинику 27 февраля 1907 г., выписалась 10 марта 1907 года.

Наслѣдственнаго предрасположенія къ опухолямъ нѣтъ. Больная пользовалась всегда удовлетворительнымъ здоровьемъ. 15 лѣтъ тому назадъ перенесла mastitis dextr. Настоящее заболѣваніе замѣтила недѣлю тому назадъ: совершенно случайно нащупала твердую опухоль въ правой грудной железѣ, съ чѣмъ и обратилась въ клинику.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, питаніе значительно ослаблено, кожа дряблая, слизистыя блѣдны. Аппетитъ и отправленія кишечника нормальны. Легкія и сердце здоровы. Грудныя железы отрафированы, въ правой грудной железѣ кнаружи и немного сверху отъ соска прощупывается величиной въ голубиное яйцо, бугристый неправильной формы, очень твердой консистенціи узелъ, подвижный, съ кожей не опаянъ. Подъ мышкой справа прощупывается одна величиной съ бобъ, железка и нѣсколько малыхъ, небольшая въ горошину железка прощупывается въ пятомъ межреберномъ промежуткѣ по средней аксиллярной линіи; всѣ железки тверды, безболѣзненны.

28 февраля. Операція. Разрѣзъ по Kocher'у. Удалены части большой и малой грудной мышцъ съ фасціей и межмышечной клѣтчаткой; удалены железки: подмышечная и межреберная. Вставлена полоска стерелизованной марли и наложены швы. Самочувствіе больной послѣ операціи вполнѣ удовлетворительное.

2 марта. Удаленъ тампонъ.

5 марта. Снята часть швовъ.

7 марта. Сняты остальные швы.

Температура все время нормальная. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

10 марта. Больная выписалась.

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли—fibroadenoma. Въ подмышечныхъ железкахъ обильное скопленіе лимфоидныхъ элементовъ, другихъ измѣненій нѣтъ.

102) Sarcoma toracis.

И. Г., 38 лѣтъ, женатъ. Два года тому назадъ вылущена большая липома на спинѣ съ лѣвой стороны. Въ маѣ появилась опухоль съ правой стороны величиной съ яйцо твердая, неподвижная, росла быстро. Особеннаго вліянія на здоровье не оказывала; только около мѣсяца тому назадъ появились колики, плохой аппетитъ, исхуданіе, слабость.

Крѣпкаго сложенія, слегка подорваннаго питанія. Органы груди и живота здоровы. На правой сторонѣ спины опухоль, длиннымъ діаметромъ расположена сверху внизъ у позвоночника сант. на 20, начиная отъ угла лопатки и кончая вторымъ поясничнымъ позвонкомъ; поперечный діаметръ опухоли отъ позвоночника до задней аксиллярной линіи. Опухоль твердая, неподвижная относительно грудной клѣтки; спаяна съ кожей. Слѣва въ поясничной области у позвоночника—опухоль въ небольшой кулакъ твердой консистенціи. Въ виду значительной величины опухоли, и наличности метазтазовъ больному указано, что многаго емуобѣщать нельзя. На пробную операцію не согласился.

103) Vulnus Sclopetarium toracis.

П. К., 20 лѣтъ, холостъ. Въ 1 часъ дня 1 февраля былъ доставленъ въ клинику со стрѣляной раной въ грудь. Входное отверстіе пулевого канала--подъ пятымъ лѣвымъ ребромъ, между мамиллярной и парастернальной линіями. При дыханіи изъ него выдѣляется кровь. Кожа вокругъ раны при дыхательныхъ движеніяхъ подымается. Выходное отверстіе сзади между 11 и 12 ребрами по средней лопаточной линіи. Изъ него кровь. Животъ не вздутъ и не болѣзненъ. Пульсъ 100. Повязка, ледъ, морфій.

3 февраля. Рана на мѣстѣ входного отверстія присасываетъ воздухъ.

4 февраля. Пульсъ съ перебоями. Кашель. Все лѣвое легкое кромѣ верхушки даетъ тупой звукъ, дышетъ. Въ рану воздухъ больше не присасывается.

8 февраля. Изъ раны выдѣлилось много старой крови.

11 февраля. Изъ раны серозная жидкость.

12 февраля. Притупленіе занимаетъ всю нижнюю долю лѣваго легкаго спереди и сзади. Въ верхнихъ отдѣлахъ тимпанитъ.

15 февраля. Изъ раны жидкость, содержащая много гнойныхъ шариковъ.

16 февраля. Резекція 7-го ребра по средней axllarn'ой линіи.

При послѣдующихъ перевязкахъ изъ раны на мѣстѣ резекціи выдѣлялся гной. Всѣ раны постепенно закрывались.

8 марта. Больной выписанъ съ хорошимъ самочувствіемъ, значительно улучшившимся питаніемъ, ранки не вполнѣ закрылись, отдѣляемаго нѣтъ.

104) Kyphosis.

Ф. Б., $2^1/_2$ лѣтъ. Съ полгода тому назадъ родители замѣтили у ребенка горбикъ. Передъ этимъ не падалъ и не ушибался. Съ мѣсяцъ назадъ мальчикъ пересталъ ходить, сталъ мочиться подъ себя.

Больной—худенькій. Мочится и испражняется подъ себя. Не ходитъ. Небольшой кифозъ въ области 1 грудного позвоночника.

14 января. Сдѣланъ корсетъ-ошейникъ изъ целлюлоида. Ребенокъ выписанъ.

105) Empyema toracis.

Ф. П., 6 лѣтъ, сынъ учителя. Заболѣлъ два года тому назадъ: было воспаленіе легкаго, осложнившееся гнойнымъ плевритомъ. Эксудатъ разсосался, но появился кифозъ въ среднемъ отдѣлѣ грудныхъ позвонковъ. Въ Петербургѣ сдѣланъ былъ корсетъ. Ростъ горбика былъ задержанъ. Полгода тому назадъ корсетъ сталъ малъ, одѣвать его было нельзя, горбикъ быстро сталъ увеличиваться. Одновременно съ этимъ появился на лѣвой сторонѣ грудной клѣтки, отступя пальца на два отъ позвоночника натечный абсцессъ, захватывающій приблизительно 5, 6 7 ребра. Въ настоящее время кифозъ изъ 3—4 позвонковъ и натечный абсцессъ. Въ остальномъ ребенокъ здоровъ.

6 февраля. Вскрытие абсцесса. Вставленъ іодоформенный тампонъ. Перевязки черезъ 2 и 3 дня. Выдѣляются сыровидныя массы. Остается свищъ.

13 марта. Сдѣланъ съемный корсетъ.

15 марта. Гноя выдѣляется около столовой ложки.

18 марта. Выписанъ.

106) Empyema toracis.

Л. С., 49 лѣтъ, вдова. Переведена изъ терапевтической клиники съ діагнозомъ miocorditis et pyopneumatorax. Въ дѣтствѣ болѣла тифомъ и малярiей. 15 лѣтъ тому назадъ перенесла суставный ревматизмъ. Въ ноябрѣ н. г. поступила въ терапевтическую клинику съ жалобами на кашель и одышку. Здѣсь заболѣла крупозной пневмоніей, осложнившейся гнойнымъ плевритомъ. Сильно истощена. Сердце увеличено. Тоны глухіе, перебои. Сильная одышка. Отеки на ногахъ. Печень спускается до пупка.

Реберные промежутки на правой сторонѣ сглажены. Тупость по всему легкому, за исключеніемъ верхней доли. На ягодицахъ пролежни.

16 декабря. Резецировано 6 и 7 ребра—масса вонючаго гноя. Полость идетъ далеко внизъ. Резецированы 8 и 9 ребра. Печень сильно опущена. Рана затампонирована. Операція подъ кокаиномъ. Внутрь digitalis. Ежедневныя перевязки. Постепенно уменьшалось количество гноя. Общее состояніе больной значительно улучшалось.

18 февраля. Выписалась съ свищемъ въ полости плевры, изъ которой черезъ дренажную трубку выдѣляется около столовой ложки въ сутки густого гноя.

107) Empyema toracis.

Г. А., 23 лѣтъ, холостъ, студентъ-медикъ. Въ октябрѣ мѣсяцѣ перенесъ тифъ, послѣ тифа—воспаленіе легкаго и лѣвосторонный гнойный плевритъ. Переведенъ для операціи изъ терапевтической клиники.

18 декабря. Резецировано 9 ребро. Выдѣлялось большое количество гноя.

19 декабря. Перевязка. Гноя много.

20, 21 и 22 декабря. Ежедневныя перевязки.

23 декабря. Промываніе плевральнаго мѣшка $^1/_4$% arg. nitrici.

27 декабря. Температура 36,5—38,2.

3 января. Температура высокая. Гноя мало.

10 января. Температура 36,7—40,0.

15 января. Температура нормальна. Гноя нѣтъ.

20 января. Заживленіе идетъ быстро.

1 февраля. Ранка осталась небольшая. Легкое расправляется. Аппетитъ хорошій.

14 февраля. Вполнѣ здоровъ.

21 февраля. Выписанъ.

108) Empyema toracis.

В. Ф., 35 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Прошлымъ годомъ заболѣлъ тифомъ, послѣ котораго выписался изъ больницы съ сильной болью въ лѣвомъ боку. Въ клинику доставленъ 26 января съ діагнозомъ empyem'ы. Въ тотъ же день сдѣлана резекція 7 и 8 реберъ. Масса вонючаго гноя.

28 января. Сильная слабость. При перевязкѣ масса гноя.

30 января и 1 февраля. Перевязки. Гноя меньше.

3 и 6 февраля. Гноя мало вовсе.

9 февраля. Больной ходитъ.

14 февраля. Выписался для амбулаторнаго леченія съ небольшимъ свищемъ.

Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное.

109) Empyema toracis.

И. М., 35 лѣтъ, торговецъ, женатъ. Боленъ 5 лѣтъ. Былъ кашель съ кровью. Въ клинику поступилъ 5 марта съ лѣвостороннимъ гнойнымъ плевритомъ. Притупленіе до верхняго угла лопатки.

5 марта. Resectio двухъ реберъ—7 и 8 по задней axllarn'ой линіи. Масса гноя.

Перевязки дѣлались каждый день. Заживленіе шло медленно. Свищъ оставался въ теченіе года, количество выдѣлявшагося гноя то уменьшалось, то увеличивалось. Послѣ года исчезъ изъ подъ наблюденія.

110) Empyema toracis.

А. М., 23 лѣтъ, солдатъ, холостъ. Въ ноябрѣ прошлаго года заболѣлъ воспаленіемъ легкихъ. Поправлялся медленно. Въ февралѣ т. г. снова захворалъ гнойнымъ лѣвостороннимъ плевритомъ. 2 марта явился въ клинику, гдѣ было сдѣлано подъ хлороформомъ resectio 7 и 8 реберъ.

Перевязки дѣлались каждый день, при удовлетворительномъ состояніи больного. Количество гноя постепенно уменьшалось.

18 марта. Выписанъ и исчезъ изъ подъ наблюденія.

111) Empyema toracis.

С. М., 21 года, холостъ, торговецъ. Зимой 1904 г. болѣлъ плевритомъ. Послѣ недолгаго улучшенія слегъ снова, выпотъ въ правой плеврѣ увеличивался.

Въ ноябрѣ сдѣланъ пробный проколъ-эксудатъ серозный. Въ мартѣ снова проколъ-эксудатъ гнойный.

18 марта. Резекція 7 и 8 реб. Хлороформъ.

Перевязки каждый день. Заживленіе вялое. Выписанъ черезъ мѣсяцъ гнойное отдѣляемое обильное.

112) Caries costarum.

И. Г., 42 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Заболѣлъ въ январѣ 1904 года. Появилась краснота, затѣмъ припухлость въ правой сторонѣ груди; прорвался нарывъ, остался свищъ. 1 іюля и 13 августа операціи—удаленіе части ребра и хрящей. Свищъ всетаки остался до поступленія въ клинику (11 марта). Свищи расположены въ области 4 и 5 правыхъ реберъ.

14 марта. Операція подъ эфиромъ. Раскрыты и тщательно выскоблены туберкулезные ходы. Удалены концы 4 и 5 реберъ съ хрящемъ до грудины. Тампонъ.

Перевязки дѣлались каждый день. Рана быстро выполнялась.

9 апрѣля. Выписался съ неглубокой гранулирующей раной.

113) Caries costae.

П. К., 30 лѣтъ, замужняя. 2 года тому назадъ на лѣвой грудной железѣ былъ нарывъ, послѣ котораго остался свищъ. Мѣсяца 2 тому назадъ около свища появилась припухлость.

Больная питанія плохого. Съ лѣвой стороны грудины, начиная отъ 6 ребра и книзу находится плотный инфильтратъ, въ серединѣ котораго свищъ, выдѣляющій жидкій гной. Зондъ идетъ въ глубину сант. на 8, кости обнаженной не прощупывается.

14 марта. Разрѣзъ по лѣвому краю грудины отъ 6 ребра книзу и поперечный вдоль 6-го ребра. Свищъ шелъ подъ 6 ребро, которое было резецировано.

2 шва на продольный разрѣзъ. Тампонъ.

20 марта. Сняты швы.

Перевязки каждый день. Рана быстро выполняется.

28 марта. Больная выписалась для амбулаторнаго леченія.

114) Abscessus congestivus.

А. К., 32 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. 2 года тому назадъ болѣлъ гнойнымъ плевритомъ правостороннимъ; послѣ того появилась опухоль на правой сторонѣ грудной клѣтки сбоку—сзади. Въ настоящее время (21 октября) имѣется натечный абсцессъ величиной съ дѣтскую головку.

24 октября. Сдѣлана операція—вскрытіе абсцесса. Ребра въ числѣ трехъ-четырехъ оказались обнаженными отъ надкостницы. Тампонъ.

Перевязки каждый день. Рана удовлетворительно гранулировала.

2 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

Въ 1907 году сдѣлана резекція реберъ по случаю гнойнаго плеврита пяти больнымъ дѣтской клиники. Четыремъ резецирована 2 ребра (7 и 8), одному одно (8). Заживленіе у всѣхъ наступило въ среднемъ въ теченіе 2-3 мѣсяцевъ.

Исторіи болѣзни велись по дѣтской клиникѣ.

VI. Болѣзни пищевода.

115) Cancer oesophagi.

Больной Ф. В., 47 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Родители здоровы. Самъ больной до сего времени пользовался хорошимъ здоровьемъ. Заболѣлъ въ маѣ н. г.; почувствовалъ стѣсненіе при глотаніи, постепенно усиливавшееся. Въ августѣ уже не могъ проглатывать твердую пищу и питался молокомъ. Послѣ ѣды иногда наступала рвота непереваренной пищи.

Питаніе плохое. Въ правомъ легкомъ хрипы, дыханіе жесткое. (Въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ нѣтъ). Небольшой артеріосклерозъ. На задней стѣнкѣ глотки рубцы. Объективныхъ данныхъ для lues'a нѣтъ. При зондированіи пищевода обнаружено: съуженіе на уровнѣ щитовиднаго хряща, съ трудомъ проходитъ самая малая олива; длина съуженнаго мѣста равна 3—4 сант. Назначенъ K. J. На предложенную операцію—Gastrotomiam не согласился.

11 декабря. Выписанъ.

116) Cancer oesophagi.

В. Ц., 60 лѣтъ, въ августѣ 1903 г. сталъ трудно глотать твердую пищу. Это затрудненіе глотанія все прогрессировало и въ декабрѣ съ большимъ трудомъ стала проходить даже жидкая пища. Сифилиса и ожога пищевода въ анамнозѣ нѣтъ.

Больной крѣпкаго сложенія, питаніе очень ослаблено. Пищеводъ не проходимъ для самой малой оливы зонда; препятствіе на разстояніи 25 сант. отъ зубовъ.

13 февраля. Гастростомія по Жерару. Хлороформъ. Спавшійся желудокъ съ трудомъ былъ подтянутъ въ рану.

14 февраля. Кормится бульономъ съ яйцомъ и коньякомъ.

18 февраля. Сняты швы. Вверху раны около трубочки немного гноя. Питается черезъ трубочку хорошо. Самочувствіе удовлетворительное.

21 февраля. Трубочка свободно ходитъ по каналу. Ранка около трубочки тампонируется. Силы больного крѣпнутъ.

26 февраля. Выписался значительно окрѣпшимъ.

117) Stenosis oesophogi.

И. С., 53 лѣтъ, священникъ. Все время пользовался хорошимъ здоровьемъ. Около 20 лѣтъ тому назадъ сталъ злоупотреблять алкоголемъ. Въ іюлѣ н. г. больной по ошибкѣ выпилъ $^1/_2$ стакана уксусной эссенціи, послѣ чего въ теченіе 9 дней совершенно не могъ принимать никакую пищу. Рѣзкія боли прошли, но глотаніе въ сильной степени затруднено до настоящаго времени (15 октября), когда больной поступилъ въ клинику. Эмфизема легкихъ, тоны сердца глухи, сосуды склерозированы.

15 октября. Gastrostomia по Kader'у подъ мѣстной анэстезіей кокаиномъ (1%). Вечеромъ дано $^1/_2$ стакана молока.

17 октября. Кормится черезъ три часа молокомъ и бульономъ.

27 октября. Принимаетъ молоко и воду per os. Боли нѣтъ.

5 ноября. При зондированіи пищевода малая олива проходитъ свободно. Больной свободно глотаетъ кашу и кисель.

15 ноября. Прошла свободна олива № 3.

22 ноября. Трубочка вынута; свищъ почти закрылся.

23 ноября. Больной выписанъ съ прекраснымъ самочувствіемъ.

V. Болѣзни живота и брюшной полости.

А. Болѣзни желудка.

Къ этому отдѣлу относятся два случая—dilatatio ventriculi—одинъ неоперированный, въ другомъ сдѣлана gastroenterostomia, и четыре случая рака желудка. По поводу рака желудка въ двухъ случаяхъ сдѣлана резекція пилорической части желудка; одинъ случай (120) окончился летально черезъ два часа послѣ операціи вслѣдствіе асфикціи, во второмъ случаѣ (122), гдѣ удалена была половина желудка, заживленіе наступило гладкое, питаніе больной поднялось, выписалась она изъ клиники съ очень хорошимъ самочувствіемъ, и также хорошо чувствовала себя, по полученнымъ свѣдѣніямъ, полгода спустя послѣ операціи. Изъ остальныхъ двухъ больныхъ ракомъ желудка одному сдѣлана gastroenterostomia, а другому только пробная ляпоротомія, такъ какъ случай признанъ неоперируемымъ.

118) Delatatio ventriculi.

М. М., крестьянинъ Томскаго уѣзда, 55 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18 декабря 1902 г., выписался 12 января 1904 года.

Лѣтъ 14 тому назадъ появились симптомы гастрита: боль подъ ложечкой, давленіе особенно послѣ ѣды, по временамъ рвота—иногда тотчасъ послѣ пріема пищи, иногда 2—3 часа спустя; боли были періодическими съ свѣтлыми промежутками. Лѣтъ пять назадъ боли приняли постоянный характеръ. За нѣсколько дней до поступленія въ клинику была рвота съ кровью, одновременно съ этимъ больной замѣчалъ черный калъ.

Больной крѣпкаго сложенія, удовлетворительнаго питанія, окраска кожи и слизистыхъ нормальна. Легкія и сердце здоровы. Животъ слегка вздутъ, нижняя граница желудка пальца на два ниже пупка, при искусственномъ надуваніи (сода съ кислотой) спускается пальца на три ниже пупка, вся область желудка болѣзненна при давленіи; отдѣльныхъ болѣзненныхъ точекъ нѣтъ. Изслѣдованіе желудочнаго сока дало такіе результаты: соляной кислоты 0,08% молочной нѣтъ; подъ микроскопомъ патологиче-

скихъ примѣсей не найдено. Двигательная и всасывательная способности желудка нормальны. Калъ нормальной окраски и консистенціи.

При клиническомъ столѣ и пользованіи желудочными средствами чувствуетъ себя хорошо. Рвоты нѣтъ, боли меньше и рѣже, питаніе улучшается. Съ соотвѣтствующими наставленіями выписанъ безъ операціи.

119) Dilatatio ventriculi.

А. Н., 31 года, женатъ, крестьянинъ. Съ 18 лѣтъ страдаетъ алкоголизмомъ и хроническимъ катарромъ желудка. Въ ноябрѣ н. г. поступилъ въ терапевтическую клинику, откуда съ діагнозомъ dilataio ventriculi переведенъ въ хирургическую.

19 декабря. Операція подъ эфиромъ. Разрѣзъ отъ proc. xypsoideus до пупка. Желудокъ спаянъ съ окружающими органами перемычками. По малой кривизнѣ слѣды бывшей ulcus rotudnum. Сдѣлана gostroenterostomia antecolica по Kocher'у.

23 декабря. Сняты швы. Prima intentio.

25 декабря. Питается удовлетворительно. Тошноты и рвоты нѣтъ. Силы крѣпнутъ.

2 января. Выписанъ съ хорошимъ самочувствіемъ.

120) Cancer ventriculi.

С. С., 40 лѣтъ, женатъ, печникъ. Заболѣлъ 4 года тому назадъ: частая отрыжка, болѣзненность въ области желудка, вкусовыя ощущенія извращены. Съ теченіемъ времени появилась рвота, больной началъ сильно худѣть.

26 сентября 1906 года поступилъ въ клинику. Питаніе рѣзко ослаблено. Легкія и сердце здоровы. Въ области привратника при давленіи боль. Опухоли не прощупывается. При перкуссіи живота послѣ принятія больнымъ воды, въ вертикальномъ положеніи тѣла, замѣтна полоса притупленія на 1 сант. ниже пупка. Рвота кашицеобразная, безъ гнилостнаго запаха. Реакція кислая. Свободной соляной кислоты нѣтъ, реакція на молочную ясная. Больной жалуется на постоянную рвоту послѣ принятія пищи.

2 октября. Операція. Пилорическая часть желудка порожена раковымъ процессомъ. Сдѣлано resectio pylori. Смерть при явленіяхъ асфиксіи черезъ 2 часа послѣ операціи.

121) Cancer ventriculi.

И. П., 44 лѣтъ, женатъ, рабочій. Съ молодыхъ лѣтъ у больного наблюдались явленія гастрита, которыя усилились особенно мѣсяца четыре тому назадъ. Съ этого времени больной началъ

быстро и сильно худѣть. Одинъ разъ была рвота цвѣта кофейной гущи. 5 октября поступилъ въ клинику. Въ лѣвой половинѣ эпигастрія прощупывается большая резистентность. Границы желудка не опредѣляются. Изслѣдованіе желудочнаго сока показало отсутствіе свободной соляной кислоты и присутствіе молочной. Имѣется Hernia inguin. bilat.

11 октября. Haporotomia explorotiva. Въ пилорической части желудка мало подвижная, бугристая опухоль. Для резекціи желудка cosus inoperabilis. Сдѣлана gostroenterostomia ante colica anterior.

15 октября. Сняты швы. Prima intentio.

Температура все время нормальна. Питается удовлетворительно. Чувствуетъ себя бодрѣе.

23 октября. Выписанъ съ хорошимъ самочувствіемъ.

122) Cancer ventriculi.

А. Б., 46 лѣтъ, замужняя, крестьянка. Два года страдаетъ тошнотой, болью подъ ложечкой. Прошлымъ лѣтомъ замѣтила опухоль въ области желудка.

2 января поступила въ клинику съ жалобами на рвоту послѣ ѣды. На 1—2 пальца выше пупка влѣво отъ средней линіи прощупывается опухоль, величиной въ кулакъ, плотная, бугристая, подвижная. Общая кислотность желудочнаго сока 36%, слабосвязанной сен 0,7‰; свободной 0,5‰ соляной кислоты.

7 января. Подъ эфиромъ resectio partis pylorici ventriculi. Разрѣзъ по средней линіи длиной сант. 12. Опухоль занимаетъ всю пилорическую половину желудка. Большая половина желудка пораженная раковымъ новообразованіемъ резецирована. По возможности удалены твердые узлы сальника. Рана зашита наглухо.

12 января. Сняты швы. Prima intentio. Самочувствіе больной хорошее.

24 января. Выписалась. Черезъ полгода по имѣющимся свѣдѣніямъ чувствовала себя вполнѣ удовлетворительно. По наведеннымъ справкамъ и въ настоящее время (3 года послѣ операціи) вполнѣ здорова.

123) Cancer ventriculi.

Д. Ф., 30 лѣтъ, женатъ, фельдшеръ. 7 мѣсяцевъ тому назадъ сталъ чувствовать тяжесть въ области желудка, худѣть и слабѣть. 1 мѣсяцъ тому назадъ констатирована подъ лѣвымъ подреберьемъ опухоль. Почти въ это-же время стала съ трудомъ проходить твердая пища. Въ клиникѣ найдено въ области epigastrii больше въ лѣвой половинѣ, опухсль продолговатой формы подвижная.

Желудочный зондъ на разстоянiи 43—45 сант. отъ зубовъ встрѣчаетъ препятствiе. Соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ только слѣды.

12 декабря. Loporotomia explorativa. Въ брюшной полости выпотъ. Опухоль занимаетъ все дно желудка, cardiam и большую кривизну, сращена съ кишками. Метастазы въ брыжжеечныхъ железахъ. Резекцiя желудка признана невозможной. Рана зашита наглухо.

18 декабря. Сняты швы. Prima intentio.

21 декабря. Выписанъ.

Б. Болѣзни печени.

Всѣхъ больныхъ этой категоріи восемь. Изъ нихъ мы остановимся на двухъ больныхъ съ циррозомъ печени, которымъ была сдѣлана операція Talma: одинъ изъ нихъ погибъ въ клиникѣ отъ гнойнаго перитонита, другой пробылъ въ клиникѣ около мѣсяца, за это время никакого улучшенія въ его состояніи видимо не произошло—жидкость у больного накоплялась по прежнему; въ такомъ состояніи онъ былъ выписанъ изъ клиники. Въ одной изъ уѣздныхъ больницъ ему дѣлалось еще раза два проколы живота, послѣ чего въ его состояніи произошло значительное улучшеніе, почти цѣлыхъ два года больной пользовался относительнымъ здоровьемъ, жидкости въ животѣ не появлялось, и только черезъ два года онъ поступилъ въ клинику снова съ громаднымъ асцитомъ.

124) Cyrrosis haepatis.

М. К., 51 года, крестьянинъ Томской губ., поступилъ въ клинику 11 декабря 1903 года.

Чернорабочій, вдовый, имѣетъ двухъ здоровыхъ дѣтей, служилъ матросомъ, употреблялъ большое количество алкоголя. Въ 1873 г. полгода страдалъ маляріей. Въ 1892 г. была по тѣлу разлитая сыпь, возможно lues; объективныхъ указаній на него нѣтъ. Заболѣлъ въ апрѣлѣ настоящаго года одышкой, докторъ нашелъ увеличеніе печени, запретилъ пить водку. Водянка появилась въ концѣ іюня или началѣ іюля 1903 года.

Съ 13 сенября по 19 октября лежалъ въ терапевтической клиникѣ, гдѣ водянка исчезла, больной чувствовалъ себя хорошо. Въ началѣ декабря снова замѣтилъ ее и поступилъ въ хирургическую клинику.

Сердце здорово. Нерѣзко выраженный артеріосклерозъ. Легкія слегка эмфизематозны.

Печень по сосковой линіи на верхнемъ краѣ 6 ребра, по подмышечной изъ за асцита не опредѣляется. Нижняя граница на 4 пальца не доходитъ до пупка, отсюда идетъ къ реберному краю по сосковой линіи. Поверхность ея при ощупываніи плотна,

безболѣзненна, гладка; край ея острый. Верхній край селезенки на 8 ребрѣ.

Животъ вздутъ, въ полости его ясно опредѣляется жидкость; окружность его на уровнѣ пупка 95 сант., кожныя вены живота расширены. Желтухи и отековъ нѣтъ.

16 декабря. Операція—Talma подъ хлороформомъ; продолжительность ея 40 мин. хлороформа ушло 10,0. Разрѣзъ по средней линіи длиной сант. въ 9, въ предбрюшинной клѣтчаткѣ много расширенныхъ венъ. Сальникъ подшитъ на протяженіи 7-8 сант. швовъ непрерывный, захватывающій одновременно брюшину и сальникъ, второй рядъ швовъ на влагалище прямой мышцы и третій—серфины на кожу. Второй разрѣзъ на два пальца ниже лѣваго ребернаго края, параллельно ему, длиной въ 8—10 сант. Селезенка однимъ швомъ подшита къ паріетальной брюшинѣ, рана зашита тройнымъ рядомъ швовъ, часть ея осталась не закрытой, вставленъ тампонъ къ селезенкѣ съ цѣлью вызвать больше сращенія и не давать пока скопляться жидкости въ животѣ. Больной скоро проснулся. Рвоты не было. Къ вечеру повязка промокла.

20 декабря. Вынутъ тампонъ. Вытекло около 2-3 литровъ жидкости. Вечеромъ повязка промокла; на томъ мѣстѣ, гдѣ былъ тампонъ, наложены двѣ серфины.

21 декабря. Сняты серфины, наложенныя при операціи.

22 декабря. Рана боковая разошлась, наложены швы. У больного полное отсутствіе аппетита. Моча нормальна, количество уменьшено (500 к. с.).

24 декабря. Ночью рвота и прослабило. Повязка промокла. Рана совершенно спаялась, животъ впавшій.

25 декабря. Въ мочѣ бѣлокъ, количество мочи—300 к. с. Повязка промокла. Больной очень слабъ, много спитъ, животъ впалый, безболѣзненный.

26 декабря. Вновь наложены серфины на рану противъ селезенки. Повязка не промыкаетъ. Больной ничего не ѣстъ и слабѣетъ.

27 декабря. Въ 5 час. утра умеръ.

Epikrisis протокола патологическо-анатомическаго вскрытія: циррозъ печени (атрофическій), застойный катарръ желудочно-кишечнаго тракта, застойная селезенка съ набуханіемъ; гнойный перитонитъ, жидкости около 350 к. с., паренхиматозное измѣненіе органовъ.

125) Cirrosis haepatis atrophicans.

Больной П. М., 36 лѣтъ, крестьянинъ, женатъ. Заболѣлъ въ февралѣ с. г. почувствовалъ боли въ животѣ; въ правой сторонѣ прощупывалась какая-то опухоль. Въ апрѣлѣ появились отеки и асцитъ. Указаній на Lues нѣтъ. Вино пилъ умѣренно.

Питаніе плохое. Въ нижнихъ частяхъ легкихъ—влажные хрипы. Животъ вздутъ наибольшая его окружность на уровнѣ пупка 108 сант. Звукъ вездѣ тупой, сильно развиты подкожныя вены, особенно въ области пупка (Caput medusae). Печень и селезенка не прощупываются. Мочи въ сутки—900 к. с. уд. вѣсъ—1020. Въ терапевтической клиникѣ сдѣланъ проколъ—вышло $15^1/_2$ л. жидкости.

3 октября. Операція по Talma подъ кокаиномъ (0,5%). Разрѣзъ по l. alba. Сальникъ атрофированъ, вшитъ въ рану брюшины на протяженіи 8—10 сант.

8 октября. Сняты швы. Въ брюшной полости жидкость.

12 октября. Жидкости больше. Самочувствіе хорошее.

17 октября. Выпущено 9 л. жидкости.

21 октября. Выпущено 4 л. жидкости.

23 октября. Повторно операція. Разрѣзъ параллельно лѣвому реберному краю. Селезенка покрыта сальникомъ и кишками, которые не смотря на стараніе, не удалось сдвинуть въ сторону, чтобы подшить селезенку къ паріэтальной брюшинѣ. Сальникъ подшитъ къ брюшинѣ на протяженіи 6 сант.

28 октября. Сняты швы. Рубецъ гладкій. Въ полости живота значительное количество жидкости. Theocin внутрь.

30 октября. Выпущено около ведра жидкости.

1 ноября. Выписался безъ перемѣны въ своемъ состояніи.

126) Abscessus haepatis.

Я. В., 35 лѣтъ, живетъ въ Томскѣ, замужняя, занимается домашнимъ хозяйствомъ, поступила въ клинику 6 апрѣля 1907 года.

Въ наслѣдствѣ туберкулезъ: отецъ больной и одна сестра умерли отъ чахотки.

На 23 году у больной былъ вскрытъ какой-то нарывъ на шеѣ. На 30 году вышла замужъ, вскорѣ появилась одышка и кашель. Послѣ первыхъ родовъ какой-то нарывъ въ области правыхъ паховыхъ железъ, вскрывшійся произвольно. Во время беременности отекали ноги. Дѣти всѣ умерли до году. Съ октября прошлаго года сильный кашель и приступы бронхіальной астмы. Настоящее заболѣваніе началось въ январѣ настоящаго года повышенной температурой по вечерамъ, иногда доходившей до 40°; съ 13 февраля слегла въ постель. Недѣли три назадъ замѣтила сильное увеличеніе печени, причемъ печень была болѣзненна, особенно при движеніи больной. Подъ вліяніемъ компрессовъ опухоль было уменьшилась, но затѣмъ снова стала увеличиваться.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, сильно истощена цвѣтъ кожи и слизистыхъ блѣдный. Въ верхнихъ доляхъ

легкихъ жесткое съ средне-пузырчатыми хрипами дыханіе; нижняя граница праваго легкаго приподнята на 1 попер. палецъ. Животъ въ правой верхней части вздутъ; печень увеличена, нижній край на 3 попер. пальца выше пупка; въ печени—опухоль съ гладкой поверхностью, плотная, безъ рѣзкихъ границъ, болѣзненная при давленіи, величиной въ мужской кулакъ.

6 апрѣля. Подъ эфирнымъ наркозомъ вскрытъ абсцессъ печени по одномоментному способу, такъ какъ брюшина въ окружности абсцесса была спаяна съ поверхностью печени, предъ вскрытіемъ абсцесса сдѣланъ былъ пробный проколъ. Изъ разрѣза вытекло большое количество густого гноя, абсцессъ лежалъ въ толщѣ печени ближе къ передней поверхности, стѣнки абсцесса гладкія, лишенныя оболочки. По вскрытіи абсцесса температура спала до нормы, леченіе велось тампонаціей. Больная пролежала двѣ недѣли въ клиникѣ и выписалась съ очистившеюся и заполнившеюся полостью абсцесса для амбулаторнаго леченія.

127) Echinococcus haepatis.

Ш. К., 46 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Страдаетъ почти 3 года —постоянныя боли въ правомъ подреберьѣ. Съ годъ назадъ сталъ самъ замѣчать опухоль. По временамъ послѣдніе мѣсяцы бываетъ рвота черезъ нѣсколько часовъ послѣ пріема пищи. 30 января поступилъ въ клинику. Сильное истощеніе. Цвѣтъ кожи землистый. Легкія и сердце здоровы. Въ области правой доли печени прощупывается довольно плотная опухоль, болѣзненная при надавливаніи. Съ каждымъ днемъ боли усиливались. Температура часто была повышена.

19 февраля. Операція. Послѣ разрѣза брюшины вытекло громадное количество мутной, гноевидной жидкости. Печень оказалась спаянной съ паріетальнымъ листкомъ брюшины. Тампонъ.

Послѣ операціи силы больного постепенно падали. Температура въ первый и второй день послѣ операціи была повышена (38,5), а затѣмъ нормальна.

26 февраля умеръ при явленіяхъ сердечной слабости.

Вскрытіе констатировало нагноившійся многополостный эхинококкъ печени.

128) Echinococcus haepatis.

С. В., 36 лѣтъ, женатъ, служитъ на желѣзной дорогѣ. До настоящаго заболѣванія пользовался хорошимъ здоровьемъ. Лѣтъ 5 тому назадъ сталъ испытывать довольно сильныя боли въ области epigastrii. Года $1\frac{1}{2}$ тому назадъ замѣтилъ здѣсь опухоль, медленно растущую. 6 ноября поступилъ въ клинику. Питаніе ослаблено.

Цвѣтъ кожи желтоватый. Въ правой половинѣ epigastrii можно ясно прощупать нѣсколько гладкихъ узловъ, величиной отъ грецкаго орѣха до кулака. Консистенція узловъ довольно мягкая. Изслѣдованіе кала не дало никакихъ результатовъ.

11 ноября. Операція. Вскрыта брюшная полость. Печень бугристая. Заложены тампоны.

18 ноября. Paquelin'омъ вскрыта передняя поверхность печени. Вытекло масса желтоватой жидкости. Имѣются въ печени двѣ полости, сообщающіяся между собой.

Далѣе перевязки каждый день. Промываніе полости растворомъ соды. Температура все время послѣ операціи нормальна. Рана медленно заживала.

22 декабря. Выписанъ со свищемъ, пропускающимъ зондъ.

129) Echinococcus haepatis.

К. П., 56 лѣтъ, вдова, чернорабочая. Настоящее заболѣваніе началось года три тому назадъ: появилась общая слабость, запоры, головная боль, и въ верхнемъ отдѣлѣ живота больная стала прощупывать опухоль, постепенно увеличивавшуюся.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. Сердце смѣщено влѣво пальца на 2 за сосокъ. Вся верхняя область живота занята опухолью, верхняя граница которой по парастернальной линіи 4-5 ребро, по мамиллярной 4-5, аксиллярной—6-7. Внизу опухоль не доходитъ пальца на 3 до spina anterior superior sinsstrum, справа лежитъ въ подвздошной впадинѣ, по серединѣ на 4 пальца не достигаетъ symphisis os. pub. По всей печени прощупываются узлы различной величины. Въ калѣ найденъ эхинококковый пузырь. Бѣлка и сахару въ мочѣ нѣтъ.

21 декабря. Операція по двухмоментному способу. Первый моментъ.

30 декабря. Второй моментъ. Вышло много дочернихъ пузырей. Промываніе полости и перевязки дѣлались каждый день.

17 января. Больная выписалась для амбулаторнаго леченія.

130) Echinococcus haepatis.

М. Б., 39 лѣтъ, женатъ, хлѣбопашецъ. Въ началѣ мая п. г. появилась боль въ правомъ боку и подреберьѣ. Вскорѣ здѣсь стала замѣтной опухоль, постепенно увеличивавшаяся. Въ настоящее время (18 декабря) печень выступаетъ изъ за края реберъ пальца на 3-4, плотна, болѣзнена. Lues'а въ анамнезѣ нѣтъ.

21 декабря. Подъ хлороформомъ разрѣзъ параллельно правому краю ложныхъ реберъ сант. 7-8 длиной. Между пристѣночной брюшиной и поверхностью печени заложены тампоны.

24 и 26 декабря. Тампоны подтягивались.

28 декабря. Пузырь вскрыть Paqueiin'омъ. Полость величиной до 25 сант. въ діаметрѣ, идетъ главнымъ образомъ кзади. Масса пузырей. Ежедневныя перевязки. Рана постепено гранулировала. Больной выписался въ хорошемъ состояніи съ неглубокой ранкой.

131) Cancer haepatis.

И. Ш., 40 лѣтъ, холостъ, кузнецъ. Въ началѣ декабря м. г. появилась опухоль въ области epigastrii и боль. Опухоль быстро увеличивалась и въ настоящее время она занимаетъ всю надчревную область, доходитъ до пупка; на ощупь твердая, бугристая, болѣзненная. Больной сильно истощенъ.

17 января. Loporotomia explorativa. Наркозъ эфирный. Пробный проколъ печени ничего не далъ. Между поверхностью печени и паріетальной брюшиной заложены тампоны.

Больной постепенно слабѣлъ. 23 января mors.

Вскрытіе обнаружило первичный ракъ желудка—распавшуюся опухоль на малой кривизнѣ около cardia. Метастазы въ брыжжеечныхъ железахъ и железахъ расположенныхъ по большой и малой кривизнѣ желудка. Печень вся пронизана раковыми узлами, размѣромъ отъ яйца до булавочной головки. Вѣсъ печени 4800,0.

132) Sarcoma pancreatis.

І. Б., 20 лѣтъ, холостъ, слесарь. Два мѣсяца тому назадъ больной во время работы былъ поднятъ ремнемъ машины и съ высоты 3 аршинъ сброшенъ на полъ, причемъ ударился животомъ. Къ этому моменту пріурочиваетъ больной начало своей болѣзни, которая сказывалась общимъ упадкомъ силъ, сильной болью въ животѣ. Черезъ двѣ недѣли послѣ травмы больной поступилъ въ Томскую желѣзподорожную больницу, откуда безъ всякаго улучшенія доставленъ 11 января 1907 года въ клинику. Здѣсь при изслѣдованіи было найдено, что въ области epigastrii имѣется вздутіе, прощупывается нѣсколько совершенно подвижныхъ узловъ. Діагносцирована опухоль поджелудочной железы.

12 января. Laporotomia explorat. Послѣ разрѣза брюшины вытекло около 3 литровъ жидкости молочнаго цвѣта. На pancreas констатирована опухоль, проросшая всю железу и корень брыжжейки. Случай признанъ неоперируемымъ. На брюшную рану наложены швы. Послѣ операціи температура нормальна. Сердечная дѣятельность слабая. Общій упадокъ силъ.

19 января—mors.

Секція установила саркому брыжжечныхъ железъ, pancreatis и начала тонкихъ кишекъ.

133) Tumor abdominis.

Ф. Ш., 45 лѣтъ, дѣвица, прислуга. Заболѣла недѣли 4 тому назадъ: запоръ, рвота, боли въ лѣвой половинѣ живота. Двѣ недѣли тому назадъ поступила въ терапевтическую клинику, гдѣ больную слабило только послѣ клизмы, въ лѣвой половинѣ живота всегда оставалось вздутіе.

2 декабря. Сдѣлана операція. Разрѣзъ по l. alba сант. 10-12 длиной. По вскрытіи брюшины ясно обозначилась вздутая S. Romanum и часть нисходящей толстой. Когда вздутая часть была отведена, то за нею—оказалась опухоль мягкой консистенціи. Въ маломъ тазу прощупывалось нѣсколько твердо-бугристыхъ узловъ. Въ виду распространенности опухоли операція была признана невозможной. Рана зашита.

Больная постепенно слабѣла и 17 декабря умерла.

По вскрытіи—фиброзное кольцо на мѣстѣ перехода S. Romani въ прямую; хроническій параметритъ съ фиброзными тяжами.

134) Tumor abdominis.

К. М., 36 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Со стороны наслѣдственности никакихъ указаній нѣтъ. Больной давно уже временами испытывалъ боли въ области живота. Въ послѣднее время боли стали появляться чаще, а въ іюнѣ н. г. въ правой подвздушной области появилась такая сильная боль, что больной слегъ въ постель. Въ такомъ положеніи онъ пробылъ четыре мѣсяца; боли то стихали, то усиливались. 29 сентября поступилъ въ клинику.

Больной правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. Каждый пріемъ пищи вызываетъ боли въ животѣ, страдаетъ запорами. Въ области пупка прощупывается опухоль, величиной въ два кулака, больше заходящая вправо отъ средней линіи, твердая, малоподвижная; звукъ надъ ней тимпаническій. Въ правомъ паху, начиная отъ Пупартовой связки, прощупывается твердая, неподвижная опухоль, направляющаяся внутрь пальца на $2^1/_2$. Правое яичко въ мошонкѣ не прощупывается. Правый паховой каналъ расширенъ (черезъ наружное кольцо проходятъ 2 пальца). У входа въ наружное кольцо лежитъ какое-то плоское тѣло, мягкой консистенціи, мало подвижное, величиной съ 5 коп. мѣдную монету.

18 октября. Laporotomia explorotiva. Въ тазу опухоль занимаетъ большую часть малаго таза, спаяна съ костями таза, переходитъ

за среднюю линію влѣво. Въ области пупка вторая опухоль, величиной въ два кулака, идущая отъ брыжжейки. Діагносцирована саркома. Случай признанъ неоперируемымъ.

22 октября сняты швы. Prima intentio.

30 октября. Выписанъ.

135) Peritonitis tuberculosa.

Т. П., 39 лѣтъ, замужняя. Больная происходитъ изъ здоровой семьи. 3 года тому назадъ перенесла тифъ и воспаленіе легкихъ. Въ январѣ 1902 года преждевременные роды, послѣ которыхъ воспаленіе лѣваго яичника. Въ февралѣ т. г. замѣтила увеличеніе живота, въ мартѣ появилась въ правой верхней половинѣ живота опухоль съ курпное яйцо.

Больная прав льнаго сложенія, нѣсколько истощена. Селезенка прощупывается плотная и болѣзненна. По средней линіи около пупка—плотная, бугристая опухоль, величиной въ гусиное яйцо, неправильной формы, спаяна съ брюшиной, не болѣзненна. Кожа надъ ней подвижна. Отъ опухоли къ селезенкѣ тянется плотный узловатый тяжъ, который скрывается подъ ребра у верхняго края селезенки. Ascit'а нѣтъ. Всюду тимпанитъ даже надъ опухолью.

17 сентября. Laporotomia. Разрѣзъ отъ pr. xyphoideus до пупка. Опухоль представляла изъ себя спаяные сальникъ, кишки и брюшину. Все покрыто туберкулезными бугорками. Швы. Наркозъ морфійно-хлороформенный. Длилась операція 35 мин.

23 сентября. Сняты швы.

24 сентября. Начала ходить. Опухоль въ первоначальномъ видѣ. Самочувствіе лучше.

12 октября. Больная пополнѣла. 13 октября. Выписалась. Назначенъ мышьякъ внутрь.

136) Laporotomia explorativa.

С. П., 27 лѣтъ, родомъ изъ Тобольской губерніи, студентъ-медикъ, поступилъ въ клинику 29 октября 1903 года, выписался 18 ноября 1903 года.

Съ конца іюня н. г. замѣтилъ отекъ правой ноги: при продолжительной ходьбѣ нога увеличивалась въ окружности, дѣлалось синеватой и становилась тяжелой; при покойномъ положеніи всѣ эти явленія исчезали, оставалась только незначительная отечность. Въ октябрѣ поступилъ въ терапевтическую клинику, откуда переведенъ въ хирургическую.

Больной крѣпкаго сложенія, здороваго вида. Органы груди здоровы. Въ животѣ на уровнѣ пупка, пальца на два отступя

вправо, прощупывается опухоль овальной формы, толщиной пальца въ $1^1/_2$, длиной 3-4 сант. Внизу живота въ толщѣ брюшной стѣнки прощупываются плотные величиной въ лѣсной орѣхъ узлы. Паховыя железы слегка увеличены и плотны. При изслѣдованіи per rectum сант. на 5 выше наружнаго сфинктера слѣва прощупывается плотная, величиной съ голубиное яйцо, железка. Отправленія кишечника нормальны. Моча нормальна.

5 ноября. Операція—пробная ляпоротомія. Кожный разрѣзъ по средней линіи сант. 10 длиной. По вскрытіи брюшины обнаружены сращенія сальника съ паріетальной брюшиной на небольшомъ протяженіи вправо отъ средней линіи; сращенія раздѣлены. На брюшинѣ въ небольшомъ количествѣ сѣроватого цвѣта бляшки. Лимфатическія железки брыжжеечныя, забрюшинныя увеличены и плотны. Одна изъ нихъ взята для изслѣдованія. Рана зашита наглухо.

Операція продолжалась 1 ч. 15 мин., хлороформа израсходовано 35,0.

Въ первые три дня послѣ операціи у больного была рвота при нормальной температурѣ и пульса, животъ слегка вздутъ. Дальнѣйшее теченіе безъ всякихъ осложненій. Швы сняты на 6-й день. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Небольшой отекъ на ногѣ держится. Выписался 18 ноября.

Изслѣдованіе взятой железки показало гиперплязію лимфоидной ткани.

137) Peritonitis tuberculosa.

Ф. Ш., 2 г. 9 мѣс. Страдаетъ перитонитомъ около 2-хъ мѣсяцевъ. Животъ вздутъ; по всему животу прощупываются опухоли, величиной отъ лѣсного до грецкаго орѣха. Ascitis.

28 марта. Laporotomia. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Жидкость въ животѣ не накопляется.

138) Stenosis intestini.

С. С., 36 лѣтъ, чернорабочій, поступилъ въ клинику 25 ноября, умеръ 21 декабря 1903 года.

Заболѣлъ въ августѣ н. г.: сильныя боли въ животѣ и рвота. Припадокъ продолжался два дня, недѣли черезъ двѣ-три повторился и затѣмъ указанныя явленія стали повторяться все чаще и чаще. Аппетитъ у больного хорошій, но пріемъ пищи вызываетъ усиленіе болей. Со стороны кишечника—запоры по два-три дня.

Больной средняго роста, сильно истощенный. Животъ вздутъ. Въ области пупка (пальца на два выше и настолько же ниже пупка) схватками по нѣсколько разъ въ день наблюдается усиленная перистальтика, замѣтная на глазъ, длящаяся минуты двѣ.

Испражненіе жидкое. Въ мочѣ индиканъ. Органы груди здоровы.

3 декабря. Операція—Laporotomia. Разрѣзъ по l. alba длиной сант. въ 10. По вскрытіи брюшины выкатились вздутыя петли тонкихъ кишекъ. Брыжжейка ихъ пронизана твердой бугристой опухолью. Толстыя и самый нижній отдѣлъ подвздошной кишки не вздуты. Наложенъ энтероанастомозъ по Микулучу, взяты вздутая петля изъ нижняго отдѣла тонкихъ кишекъ и не вздутая часть при самомъ впаденіи въ слѣпую. Рана зашита наглухо.

Больной послѣ операціи чувствовалъ себя удовлетворительно. Температура и пульсъ были нормальны, усиленной перистальтики не наблюдалось, на пятый день было безболѣзненное послабленіе; на шестой сняты серфины, заживленіе первымъ натяженіемъ. Начиная съ 10 дня у больного начались сильные поносы, бронхитъ и онъ замѣтно сталъ слабѣть. 20 числа пульсъ очень слабый сознаніе затемнѣно, дыханіе тяжелое, затрудненное. 21 умеръ. Вскрытія не было.

139) Tuberculosis colonis ascendis et transversis.

А. М, 35 лѣтъ, дѣвица, прислуга. До настоящаго заболѣванія пользовалась хорошимъ здоровьемъ. 6 недѣль тому назадъ начались боли въ животѣ и поносы.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе плохое. Органы груди здоровы. Colon tronsversum растянута газами, въ ея правой сторонѣ можно прощупать подвижную, безболѣзненную небольшую опухоль. Поносъ: слабитъ 10-15 разъ въ день. Въ желудкѣ соляной кислоты нѣтъ, немного молочной. Калъ жидкій, безъ крови, со слизью. Туберкулезныхъ палочекъ нѣтъ.

6 октября. Операція подъ эфиромъ. Разрѣзъ длиной 10-12 сант. по наружному краю прямой мышцы живота и добавочный—перпендикулярный къ нему вправо.

Опухолью занятъ flexura haepatica толстой кишки. Резекція пораженнаго участка кишечника и типичный энтеростамозъ. На брюшную рану трехъэтажный шовъ. Продолжительность операціи $2^3/_4$ часа. Тампонъ и швы. Изслѣдованіе резецированной кишки подтвердило діагнозъ туберкулеза.

9 октября. Перевязка. Рана чистая.

12 октября. Сняты швы. Чисто. Тампонъ перемѣненъ. Слабость.

15 октября. Digitalis внутрь и соль подъ кожу.

15 октября—1 ноября. Перевязки черезъ 2 два. Иногда высокая температура. Слабость.

1—5 ноября. Самочувствіе лучше. Рана еще не закрылась.

6—20 ноября. Ходитъ. Перевязки черезъ 2 дня.

21 ноября. Отошли лигатуры. Рана гноится.

4 декабря. Общее состоянiе удовлетворительное. Выписана для амбулаторнаго леченiя.

140) Fistulae stercorales.

С. Г., 30 лѣтъ, женатъ, чернорабочiй. Пользовался всегда хорошимъ здоровьемъ. Три года тому назадъ заболѣлъ грыжей, которая спускалась въ мошонку, вправлялась легко. Въ апрѣлѣ ущемилась. Попытки къ вправленiю не привели ни къ чему. 17 дней не было стула. На 18 день образовался свищъ на мошонкѣ, черезъ который показался сначала гной, а затѣмъ сталъ появляться калъ. Черезъ 2 недѣли такой же свищъ подъ пупартовой связкой. Калъ шелъ и черезъ anus.

Правильнаго сложенiя, средняго роста. Сердце и легкiя здоровы. Свищъ на мошонкѣ, два подъ пупартовой связкой.

29 сентября. Операцiя. Разрѣзъ по наружному краю m-recti abd. Сальникъ сращенъ съ парiетальной брюшиной. Осторожно отдѣленъ и резецированъ. Ущемленной кишкой оказалась петля тонкой кишки; приводящiй отрѣзокъ вздутъ, стѣнки гипертрофированы. Установленъ энтеростомозъ между приводящими и отводящими концами. Свищи прижжены Paquelin'омъ.

Калъ выдѣлялся черезъ anus и свищи. Свищи прижигались повторно Paquelin'омъ, но безъ успѣха.

21 сентября. Больной выписался съ незакрывшимися старыми свищами. Операцiонная рана зажила первымъ натяженiемъ.

141) Tuberculosis coeci.

А. К., 9 лѣтъ, дочь адвоката. Происходитъ изъ здоровой семьи. Вскормлена грудью матери. 4 года тому назадъ перенесла корь, послѣ которой вскорѣ на правомъ локтѣ появились язвы, существующiя до сихъ поръ. Въ iюнѣ н. г. у больной стали появляться то запоры, то поносы, сталъ увеличиваться животъ.

Больная плохо развита очень худа. Всюду увеличены лимфатическiя железы. На плечѣ около локтя кожныя язвы. Сердце и легкiя нормальны. Ascitis. Никакой опухи въ животѣ не прощупывается. Сильная, легко возбуждаемая перистальтика. Поносы 4—5 разъ въ день вонючими массами. Въ мочѣ ненормальныхъ примѣсей нѣтъ.

10 октября. Операцiя. Подъ наркозомъ ясно можно было прощупать опухоль coeci. Разрѣзъ по краю m-li recti abd. Опухоль занимала переходъ тонкой кишки въ слѣпую. Пораженное мѣсто резецировано. Продолжительность операцiи 2 ч. 30 м., хлороформа

20,0. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ установленъ tuberculosis coeci.

13 октября. Перевязка. Изъ полости брюха прозрачная жидкость. Отекп.

15 октября. Питательная клизма. Пульсъ 120, неправильный. Температура 38,5.

17 октября. Больная въ полузабытьѣ.

19 октября. Смерть. На вскрытіи: гнойный перитонитъ. Масса забрюшинныхъ туберкулезныхъ железъ.

142) Tuberculosis coeci.

А. С., 28 лѣтъ, дѣвица, прислуга. Раньше пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Въ маѣ т. г. заболѣла плевритомъ, причемъ появились сильныя боли въ животѣ и поносы.

Больная сильно истощена. Въ легкихъ—влажные хрипы. Въ области нижняго отдѣла слѣпой кишки прощупывается опухоль, величиной въ куриное яйцо, болѣзненная при давленіи. Жалуется на боли въ животѣ и частыя испражненія.

29 ноября. Операція. Разрѣзъ по краю m-li recti. Слѣпая кишка оказалась сильно утолщенной съ красноватой поверхностью, дряблой, рвалась въ рукахъ, кое-гдѣ ясны были туберкулезные узелки. Пораженный участокъ удаленъ. Энтеростамозъ. Тампонъ.

3 декабря. Отъ повязки запахъ кала. Слабость.

Перевязки каждый день. Больная все слабѣетъ.

9 декабря. При явленіяхъ слабости сердца и дыханія умерла.

Заболѣваніе слѣпой кишки и червеобразнаго отростка.

Количество больныхъ этой группы съ каждымъ годомъ возрастаетъ въ нашей клиникѣ. За отчетное время всѣхъ больныхъ воспаленіемъ червеобразнаго отростка было 49. Четверо выписались безъ операціи; сорока пяти сдѣлана операція, при чемъ восьми больнымъ вскрытіе только гнойника брюшной полости и остальнымъ 37—радикальная операція—удаленіе червеобразнаго отростка.

21 случай нужно отнести къ катарральнымъ формамъ, 18 къ чисто гнойнымъ и 6 къ такимъ, гдѣ во время операціи чистаго гноя не было обнаружено, но имѣвшійся распадъ указывалъ на ранѣе бывшій и разсосавшійся гнойникъ.

По полу больные распредѣляются такъ:

Мужчинъ 33, женщинъ 16.

По возрасту:		По количеству приступовъ:	
до 10 л.	7 больныхъ	по 1-му приступу	19 больн.
отъ 10—20 л. . .	18 „	„ 2 „ „	13 „
„ 20—30 л. . .	14 „	„ 3 „ „	6 „
„ 30—40 л. . .	4 „	и у остальныхъ болѣе трехъ приступовъ.	
„ 40—50 л. . .	2 „		
„ 50—60 л. . .	1 „		
„ 60—70 л. . .	2 „		

Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ при операціи не было обнаружено гноя наступило заживленіе первымъ натяженіемъ за исключеніемъ двухъ, гдѣ наблюдалось нагноеніе во швахъ.

Смертныхъ случаевъ три; во всѣхъ трехъ случаяхъ имѣлись гнойники брюшной полости, при чемъ у двухъ съ каловыми свищами слѣпой кишки.

143) Perityphlitis catarrhalis.

Первый приступъ аппендицита $1^1/_2$ года тому назадъ. Всего приступовъ было 6 съ промежутками въ 2—3 мѣсяца. Послѣдній приступъ былъ 29 сентября съ повторной очень сильной рвотой,

запоромъ и сильной болѣзненностью въ области слѣпой кишки. На другой день принятъ въ клинику. Абсолютный покой, компрессъ. Рвота утихла. Боли. Температура 38,2 вечеромъ.

1 октября. Боли меньше. Температура нормальная.

2 октября. Болей нѣтъ. Самопроизвольное испражненіе.

4 октября. Самочувствіе хорошее. Температура нормальная. Испражненіе правильное.

10 октября. Операція. Отростокъ лежалъ въ углу у мѣста впаденія тонкой кишки въ слѣпую, покрытый сращеніями. Сращенія раздѣлены. Резецированный отростокъ утолщенъ.

11 октября. Рвота. Газы отходятъ. Температура нормальна.

13 октября. Самочувствіе хорошее.

15 октября. Испражненіе.

16 октября. Сняты серфины. Prima intentio.

17 октября. Разрѣшено вставать съ постели.

19 октября. Выписанъ.

144) Perityphlitis catarrhalis.

Больной И. Г., 17 лѣтъ, практикантъ при аптекѣ, холостъ.

Родители здоровы. Самъ больной перенесъ въ дѣтствѣ корь, оспу и скарлатину. Приступы настоящей болѣзни появились въ февралѣ 1903 г., когда больной почувствовалъ распространенную боль во всемъ животѣ, была рвота и запоръ. Этотъ приступъ тянулся 6 дней. 1 мая того-же года былъ второй приступъ гораздо слабѣе перваго, продолжавшійся три дня. Черезъ двѣ недѣли послѣ этого былъ третій приступъ еще слабѣе, рвоты не было, продолжался два дня.

9 сентября доставленъ въ клинику, гдѣ обнаружено слѣдующее: тѣлосложеніе правильное, крѣпкое. Грудные органы вполнѣ нормальны. Въ области слѣпой кишки притупленіе, при надавливаніи—легкая боль. Стулъ правильный, рвоты нѣтъ.

19 сентября сдѣлана операція. Разрѣзъ по наружному краю прямой мышцы. Червеобразный отростокъ оказался сращеннымъ перемычками съ паріэтальной брюшной и петлями тонкихъ кишекъ. Резецирована часть сальника, прилежавшая къ отростку. Отростокъ резицированъ съ образованіемъ манжетки. Операція продолжалась 55 мин. Наркозъ хлороформенный 35.

На третій день температура утромъ 37,9 вечеромъ 38,3. Въ легкихъ жесткое дыханіе. Кашель.

24 сентября. Сняты швы. Prima intentio.

145) Perityphlitis purulenta.

Д. К., 63 лѣтъ, вдова. Заболѣла 6 декабря т. г., появилась боль въ области слѣпой кишки. Запоровъ, тошноты не было. Дня

за 4 до поступленія въ клинику (30 декабря) свело правую ногу въ тазобедренномъ суставѣ. Больная очень слаба. Тоны сердца глуховаты. Сильныя боли въ правой половинѣ живота, которая вся занята плотной, болѣзненной при надавливаніи опухолью. Per vaginam опухоль можно прощупать въ видѣ инфильтрата праваго свода. Температура 37,9—38,4. Согрѣвающій компрессъ.

2 января. Рвота нѣсколько разъ, пульсъ 166, слабый.

Операція подъ эфиромъ. Разрѣзъ по краю m-li recti. При разрѣзѣ брюшины въ верхней части раны показался гной. Pr. vermiformis удаленъ. Подъ слѣпой кишкой полость гнойника, спускавшаяся въ малый тазъ и подъ пупартовую связку на бедро. Сдѣлано противоотверстіе на бедрѣ подъ пупортовой связкой.

3 января. Газы не отходятъ. Животъ слегка вздутъ.

4 января. Перевязка. Вышло много грязной ихорозной жидкости. Пульсъ 128, малый съ перебоями. Въ 4 часа веч. mors. На вскрытіи оказалось, что гнойная полость занимала всю правую подвздушную яму. Гнойникъ спускался въ малый тазъ и на бедро.

146) Perityphlitis catarrhalis.

Н. А., 18 лѣтъ, гимназистъ. Заболѣлъ 15 ноября н. г.—боли въ области желудка. Послѣ клистира боли утихли. Черезъ пять дней боли усились и ощущались главнымъ образомъ въ области слѣпой кишки. Температура повышалась до 39. Наступили запоры. Въ области слѣпой кишки прощупывалась опухоль. Врачи діагносцировали аппендицитъ. 25 ноября принятъ въ клинику. Температура нормальна. Въ области coeci небольшая припухлость и боли при давленіи. Запоровъ нѣтъ. Въ остальномъ здоровъ. На операцію не согласился.

147) Perityphlitis.

Больная К. П., 67 лѣтъ, замужняя. Первый приступъ былъ въ ноябрѣ 1903 г. Лежала 4 дня, повышенная температура, боль въ животѣ. Второй приступъ въ концѣ декабря лежала 4 дня, рвоты не было, боли въ правой области живота.

Роста средняго. Тѣлосложенія крѣпкаго, жировой слой сильно развитъ. Въ легкихъ эмфизема. Животъ большой. Правая область вздута, прощупывается разлитая припухлость, болѣзненная на ощупь.

2 марта вечеромъ температура 38,2. Согрѣвающій компрессъ.

3—4 марта температура ниже.

5 марта. На операцію не согласилась, выписана.

148) Perityphlitis catarrh.

Н. М., 25 лѣтъ, холостъ, музыкантъ. До сихъ поръ пользовался хорошимъ здоровьемъ. 5 октября заболѣлъ. Сразу ознобъ и жаръ, тошнота и рвота. Болей нигдѣ не чувствовалъ. Запоръ. Всѣ эти явленія существовали четыре дня, послѣ чего больной доставленъ въ клинику.

Въ клиникѣ высокая температура, тошнота и небольшія боли въ области coeci. Черезъ 2 дня температура нормальна.

11 октября. Самочувствіе хорошее. Клизма—хорошо прослабило.

13 октября. Прослабило безъ клизмы. Чувствуетъ себя здоровымъ.

15 октября. Выписался.

149) Perityphlitis purulenta.

Л. Ц., 28 лѣтъ, женатъ. За послѣдніе $1^1/_2$ года было 7 приступовъ аппендицита, выражавшихся болями въ животѣ, тошнотой, рвотой и запорами. Послѣдній приступъ окончился около 3-хъ недѣль тому назадъ. Больной слабого сложенія, питанія плохого. Въ области слѣпой кишки никакого инфильтрата не прощупывается; точно также нѣтъ и болѣзненности при надавливаніи.

15 октября. Операція. Эфиръ. Отростокъ былъ подвернутъ подъ слѣпую кишку и имѣлъ массу сращеній. Послѣ его освобожденія сдѣлана на немъ манжетка и отростокъ удаленъ. Шовъ трехъэтажный. Тампонъ.

17 октября. Сильная рвота и икота. Животъ вздутъ, неболѣзненъ. Пульсъ 84, температура 36,7. При перевязкѣ тампонъ смоченъ серозно-гнойной жидкостью.

18 октября. Чувствуетъ себя хорошо.

19 октября. Перевязка. Рана чистая.

Перевязки черезъ день съ мазью Микулича.

26 октября. Выписался.

150) Perityphlitis catarrhalis.

М. М., 13 лѣтъ. 15 февраля у больного появилась тошнота и рвота; вскорѣ къ этому присоединилась боль въ ileocoecal'ной области. Погрѣшностей въ діетѣ не было. Раньше ничѣмъ не хворалъ.

17 февраля. Поступилъ въ клинику. Правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. До правой половины живота не

даетъ прикоснутся. Животъ немного вздутъ, всюду тимпанитъ. Языкъ немного обложенъ. Пульсъ 76, температура 37,3. Спиртовый компрессъ.

18 февреля. Боли меньше.

19 февраля. Переведенъ въ дѣтскую клинику.

151) Perityplitis catarrhalis.

В. К., 19 лѣтъ, учащійся. Захворалъ въ декабрѣ 1902 г. боли въ правой подвздошной области, запоръ, высокая температура. До настоящаго времени было 8 такихъ приступовъ.

Больной правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Въ правой подвздошной области болѣзненность, усиливающаяся при ощупываніи. При довольно глубокомъ надавливаніи на это мѣсто прощупывается опухоль въ видѣ шнура.

6 февраля. Операція. Разрѣзъ по краю m-li recti. Удаленъ pr. vermicularis съ образованіемъ манжетки. Рана зашита наглухо.

10 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

12 февраля. Ѣстъ все. Прекрасный аппетитъ. Садится.

20 февраля. Выписанъ.

152) Perityphlitis catarrh.

А. А., 51 года, женатъ. Послѣдніе 6 лѣтъ страдаетъ запорами. 7 января т. г. у больного сразу появились сильныя боли въ правой подвздошной области и запоръ.

Больной тѣлосложенія правильнаго, питанія удовлетвовительнаго. Въ ileocoecal'ной области прощупывается веретинообразный тяжъ, болѣзненный при давленіи. При перкуссіи—тупость. Температура нормальна. Запоръ. Emphysema легкихъ.

5 февраля. Операція. Разрѣзъ по наружному краю recti abd. Стѣнки слѣпой кишки и червеобразнаго отростка сильно инфильтрованы, гиперемированы, дряблые, почему резецированъ червеобр. отростокъ съ небольш. участкомъ стѣнки слѣпой кишки у основанія отростка. Продолжительность операціи 1 ч. 10 м., хлороформъ 40,0.

10 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

16 февраля. Выписался, чувствуя себя совсѣмъ здоровымъ.

153) Perityphlitis catarrhalis.

Больная Е. З., 19 лѣтъ, дѣвица, дочь чиновника. Первый приступъ аппендицита былъ въ іюнѣ пр. г., продолжался 3 дня,

сопровождался повышенной температурой, нелокализированной болью живота и запоромъ. 2-й въ сентябрѣ, продолжался недѣлю, всѣ явленія были выражены рѣзче. Рвоты не было. Послѣдній приступъ въ февралѣ—повышенная температура, запоръ, боли сначала во всемъ животѣ, потомъ въ правой сторонѣ живота въ области слѣпой кишки. Продолжался $1^1/_2$ недѣли. Органы груди здоровы. Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное.

17 февраля. Операція. Небольшія сращенія слѣпой кишки съ паріэт. брюшной отростокъ перевязанъ, отожженъ, культа инвагинирована и зашита. Стѣнка слѣпой кишки утолщена. Рана зашита наглухо.

18 февраля. Температура 37,5. Самочувствіе хорошее.

22 февраля. Сняты серфины. Заживленіе гладкое.

24 февраля. Разрѣшено сидѣть. Наканунѣ слабительное.

26 февраля. Выписался.

Черезъ 4 дня послѣ выписки внизу рубца появился подкожный гнойничекъ, изъ котораго извлечена лигатурка.

154) Perityphlitis catarrhalis.

В. Т., 42 лѣтъ, женатъ кондукторъ. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Въ маѣ т. г. былъ приступъ аппендицита, выражавшійся тошнотой, рвотой, болью въ правой подвздошной области, повышеніемъ температуры. Приступъ продолжался 13 дней.

20 ноября былъ такой же приступъ, но продолжался только 7 дней.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Въ области слѣпой кишки при изслѣдованіи болѣзненность, прощупывается небольшая съ голубиное яйцо опухоль.

10 декабря. Операція обычнымъ способомъ. Appendix былъ сильно утолщенъ и сращенъ съ сальникомъ и стѣнкой слѣпой кишки.

Резецированъ небольшой кусокъ сальника. Вечеромъ температура 38,4.

12 декабря. Рвота. Боли въ животѣ. Животъ вздутъ. Температура 36,2, пульсъ 84.

13—14 декабря. Животъ сильно вздутъ. Боли. Маленькая клизма.

16 декабря. Слабило. Животъ мягкій. Лучше. Температура нормальна.

20 декабря. Перевязка. Prima intentio.

21—24 декабря. Поносъ.

27 декабря. Всѣ желудочно-кишечныя явленія исчезли. Выписался.

155) Perityphlitis catarrholis.

К. Б., 26 лѣтъ, холость. Въ сентябрѣ 1903 г. былъ приступъ аппендицита, повторившійся черезъ мѣсяцъ. Приступы оба продолжались недолго (2—3 дня) и выражались запорами, болью въ ileocoecal'ной области, тошнотой и рвотой.

Больной слабого сложенія, питанія плохого, малокровенъ. Въ области слѣпой кишки при надавливаніи боль.

19 марта. Операція—удаленіе червеобразнаго отростка. Processus vesmiformis очень длинный былъ подвернутъ подъ слѣпую кишку. Масса сращеній. Въ брюшную полость небольшой тампонъ.

22 марта. Перевязка. Тампонъ удаленъ. Самочувствіе хорошее.

24 марта. Сняты швы. Prima intentio.

27 марта. Выписанъ.

156) Perityphlis catarrh.

Я. С., 18 лѣтъ, служитъ на желѣзной дорогѣ. Съ 1900 г. стали у больного появляться припадки, выражавшіеся болью въ животѣ, тошнотой, рвотой, запорами и иногда повышеніемъ температуры. Особенно много припадковъ за періодъ времени съ апрѣля до половины августа т. г. Припадки продолжались отъ 3—14 дней. Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Въ области coeci инфильтрата не прощупывается, есть небольшая болѣзненность при надавливаніи.

20 октября. Операція подъ эфиромъ. Резецирована часть сальника, окутывавшаго всю слѣпую кишку. Отростокъ резецированъ съ сегментомъ кишки. Тампонъ.

22 октября. Перемѣненъ тампонъ. Рана чистая. Температура нормальна.

24 октября. Сняты швы. Тампонъ вставленъ только въ кожу.

26 октября. Въ ранѣ гной. Тампонъ подъ кожу.

28 октября. Гной. Края раны разведены на всемъ протяженіи рубца, рана туго затампонирована.

Дальше перевязки каждый день. Температура слегка повышена. Заживленіе вторымъ натяженіемъ.

21 ноября. Выписался для амбулаторнаго леченія. Рана почти выполнилась.

157) Perityphl purulenta. Abscessus.

Н. Р., 15 лѣтъ, ученикъ. Заболѣлъ въ октябрѣ 1904 г. боли по всему животу, въ правой половинѣ живота припухлость. Вскорѣ здѣсь появился нарывъ, который былъ вскрытъ и зажилъ мѣсяца

черезъ $1^1/_2$. Въ настоящее время (23 марта) тѣстоватая припухлость въ правой области живота, небольшая болѣзненность. Рубецъ послѣ разрѣза. Изъ пупка при надавливаніи выдѣляется серозно-гнойная жидкость.

28 марта. Операція. Разрѣзъ по краю m. recti abd. Брюшная стѣнка и брюшина инфильтрированы. Ходы по направленію къ пупку и къ пупартовой связкѣ вычищены и затампонированы.

Перевязки дѣлались черезъ день. Раны постепенно выполнялись. Выписался здоровымъ.

158) Perityphlitis catarrhalis.

О. П., 8 лѣтъ. Первый приступъ аппендицита былъ въ сентябрѣ, второй—вначалѣ марта. Продолжались приступы по недѣли. 31 марта поступила въ клинику. Въ области coeci инфильтрата нѣтъ, болѣзненности тоже; на низъ—правильно.

2 апрѣля. Операція. Хлороформа 22,0. 1 часъ 15 минутъ.

Масса сращеній, отростокъ подвернутъ подъ слѣпую кишку, у верхушки распадъ, тампонъ Микулича. Обычный трехъэтажный швовъ.

4 апрѣля. Внутренній тампонъ удаленъ совсѣмъ, онъ сухой. Наружный подтянутъ.

6 апрѣля. Сняты швы. Гноя нѣтъ.

8 апрѣля. Перевязка.

10 апрѣля. На мѣстѣ тампона поверхностная ранка.

12 апрѣля. Больная выписалась.

159) Perityphlitis catarrhalis.

С. Ш., 26 лѣтъ, замужняя. Первый приступъ аппендицита былъ четыре года тому назадъ. Послѣ того приступовъ было 5, изъ нихъ послѣдній—въ ноябрѣ м. г. Приступы продолжались отъ 3—10 дней.

Больная нѣсколько малокровна. Запоры. Болѣзненность при пальпаціи въ области слѣпой кишки.

26 марта. Подъ эфиромъ операція. Отростокъ былъ согнутъ вдвое; входное отверстіе его съужено. Въ полости отростка небольшой каловый камень. Произведена операція—обычнымъ способомъ. Рана зашита наглухо.

31 марта. Сняты швы. По серединѣ кожа немного подвернулась. Prima intentio.

6 апрѣля. На мѣстѣ подвернувшейся кожи маленькая рана, покрытая корочкой. Выписалась.

160) Perityphlitis catarrhalis.

В. Ц., 21 года, холостъ, студентъ. Заболѣлъ въ мартѣ настоящаго года: тошнота, боль въ животѣ, высокая температура. Въ іюнѣ—второй приступъ. Въ настоящее время (12 октября) въ области coeci инфильтрата не прощупывается.

14 октября. Операція. Отростокъ удлиненъ, имѣетъ двѣ перемычки. Рана зашита наглухо.

18 октября. Сняты серфины. Prima intentio.

23 октября. Выписался.

161) Perityphlitis catarrhalis.

А. А., 25 лѣтъ, дѣвица. Больна года три. Послѣдній приступъ былъ въ ноябрѣ. Приступъ длился не болѣе трехъ дней. Температура поднималась до 39.

10 декабря. Операція. Отростокъ удлиненъ, лежалъ свободно. Въ немъ по вскрытіи послѣ операціи оказался гной. Подъ кожу тампонъ.

12 декабря. Тампонъ вынутъ—чистый.

15 декабря. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

22 декабря. Выписалась.

162) Perityphlitis catarrhalis.

Б. И., дѣвица, 23 лѣтъ, акушерка. Года три тому назадъ былъ первый приступъ. Послѣ того ихъ было около 8, послѣдній —въ іюлѣ т. г.

Въ настоящее время (27 сентября) въ области coeci незначительный инфильтратъ, болѣзненный при изслѣдованіи.

30 сентября. Операція—resectio proc. vecrm. Отростокъ удлиненъ и слегка сращенъ со слѣпой кишкой. Рана зашита наглухо.

4 октября. Сняты швы. Prima intentio.

9 октября. Выписалась.

163) Perityphlitis catarrhelis.

А. Р., 16 лѣтъ, служитъ на заводѣ. Въ октябрѣ т. г. былъ приступъ аппедицита съ высокой температурой, сильной болью въ области сл. кишки, запоромъ. Тошноты и рвоты не было. Приступъ продолжался недѣлю. Въ декабрѣ второй такой же приступъ. Въ настоящее время нѣтъ въ области слѣпой кишки ни инфильтрата ни боли.

21 декабря. Операція подъ хлороформомъ. Отростокъ лежалъ снаружи и сзади слѣпой кишки, спаянный съ ней. Отростокъ резецированъ. Вставленъ небольшой марлевый тампонъ въ брюшную полость. На слизистой отростка—изъязвленіе.

26 декабря. Сняты швы. Заживленіе гладко.

2 января. Рана закрылась.

3 января. Выписанъ.

164) Perityphlitis catarrh.

Г. Б., 26 лѣтъ, конторщикъ. У больного было 4 приступа. Послѣдній 20 октября этого года. Въ области слѣпой кишки тимпанитъ, припухлости и инфильтрата нѣтъ, болѣзненность очень незначительная.

23 ноября. Операція подъ хлороформомъ (30,0). Обычный разрѣзъ по краю recti. Червеобразный отростокъ безъ сращеній, утолщенъ. Въ полости его слизисто-гнойное отдѣляемое. Трехъэтажный шовъ.

28 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

4 января. Выписанъ.

165) Perityphlitis purulenta.

А. М., 18 лѣтъ, холостъ, телеграфистъ. Былъ одинъ приступъ аппендицита 23 октября т. г.: появилась боль въ правой подвздошной области, рвоты не было, былъ запоръ. Больной плохого питанія. Животъ умѣренно вздутъ. Въ правой подвздошной области притупленіе.

11 ноября. Операція съ обычнымъ разрѣзомъ по краю recti. По вскрытіи брюшины найденъ конволютъ кишекъ, спаянныхъ между собой и укутанныхъ сальникомъ. При отдѣленіи спаекъ, очень рыхлыхъ, обнаруженъ гнойникъ, вышло немного гноя и гнойнаго распада. Въ кишечникѣ была дыра до $1^1/_2$ сант. въ діаметрѣ, черезъ которую шло много кала. Отростокъ не резецированъ. Тампоны. Швы. Больной постепенно слабѣлъ. Явленій перитонита не было. Въ ранку выдѣлялся калъ въ большомъ количествѣ. Истощеніе больного рѣзко прогрессировало.

29 ноября—mors. Вскрытія не было.

166) Perityphlitis catarrhalis.

Ф. П., 22 лѣтъ, студентъ. Первый приступъ въ концѣ октября 1902 года. Больной съ перерывами прохворалъ до 5 марта. Первый приступъ былъ очень тяжелый—рвота, боль въ животѣ, тем-

пература 39. Второй приступъ легче, лѣтомъ 1903 г., третій—зимой 1904 года.

29 октября. Операція. Разрѣзъ по краю recti. Спаекъ почти нѣтъ. Въ отросткѣ каловый камень. Трехъэтажный шовъ.

3 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

16 ноября. Выписанъ.

167) Perityphlitis purulenta.

Л. Б., 19 лѣтъ, гимназистка. Заболѣла 10 ноября с. г. боль по всему животу, высокая температура, рвота. Всѣ эти симптомы то утихали, то появлялись вновь. 5 декабря доставлена въ клинику, гдѣ оказалось: въ правой подвздошной области тѣстоватая припухлость, величиной въ ладонь, болѣзненная при изслѣдованіи, температура 37,2, запоръ, пульсъ 86, полный.

5—12 декабря. Температура 38,4—38,6. Боль и рвота. Ледъ на область слѣпой кишки. 8 декабря небольшая клизма.

12 декабря. Операція. Разрѣзъ по краю recti. Петли тонкихъ кишекъ спаяны между собой и со слѣпой кишкой. При осторожномъ раздѣленіи кишечныхъ спаекъ оказался гнойникъ, лежащій справа отъ средней линіи въ глубинѣ. Вскрытіемъ гнойника ограничена операція. Вставленъ тампонъ Микулича. Швы.

15 декабря. Перемѣненъ тампонъ. Вышло около 3 столовыхъ ложекъ гноя.

17 декабря. Тампоны сильно смочены гноемъ. Сняты швы.

Дальше перевязки каждый день. Гной постепенно убывалъ. Температура нормальная.

5 января. Рана поверхностная. Больная выписалась. Питаніе значительно поднялось, самочувствіе хорошее.

168) Perityphlitis.

М. В., 17 лѣтъ, гимназистка. Первый приступъ аппендицита былъ 17 апрѣля т. г.: боли въ области слѣпой кишки, запоръ, высокая температура. Въ маѣ и іюлѣ приступы повторялись.

Питанія подорваннаго. Запоры. Въ области слѣпой кишки инфильтрата не прощупывается. Боли въ животѣ распространенныя.

23 сентября. Подъ эфиромъ произведена резекція pr. vermicularis. Продолжительность операціи 35 мин. Вставленъ тампонъ Микулича.

26 сентября. Сняты серфины. Гноя нѣтъ. На мѣсто тампона Микулича небольшая полоска марли.

28 сентября. Тампонъ удаленъ совсѣмъ.

4 октября. Ранка поверхностная. Выписана.



169) Parityphlitis catarrhalis.

А. С., 22 лѣтъ, холостъ, конторщикъ. Первый приступъ 29 сентября 1904 г. съ однократной рвотой, запоромъ, болями въ животѣ. Продолжался 9 дней. 2-й приступъ въ октябрѣ, 3—4 въ декабрѣ, 5 и 6—въ январѣ. Послѣдніе были сильнѣе первыхъ.

23 февраля. Операція—resectio proc. vermicularis обычнымъ способомъ.

Вставленъ тампонъ.

25 февраля. Тампонъ вынутъ.

28 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

7 марта. Выбылъ.

170) Perityphlitis catarrh.

Ф. П., 28 лѣтъ, женатъ, студентъ. Первый приступъ аппендицита былъ въ ноябрѣ м. г. Второй и послѣдній—20 января т. г. Оба приступа продолжались по 3 дня. Въ настоящее время (29 января) болей въ области coeci, а равно и инфильтрата нѣтъ.

10 февраля. Операція--резекція червеобразнаго отростка. Незначительныя спайки. Отростокъ утолщенъ. Небольшой тампонъ въ брюшную полость.

12 февраля. Тампонъ удаленъ.

15 февраля. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

18 февраля. Мѣсто, гдѣ былъ тампонъ, гранулируетъ хорошо.

21 февраля. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.

171) Perityphlitis purulenta.

Ш. А. Заболѣла недѣли 4 тому назадъ: была тошнота, рвота, высокая температура и боли въ области coeci. Черезъ недѣлю больная встала, но затѣмъ слегла снова—начался перитонитъ. 12 дней тому назадъ въ испражненіяхъ въ большомъ количествѣ появился гной, и температура спала, самочувствіе стало лучше. При поступленіи въ клинику (18 октября) въ области слѣпой кишки—болѣзненный инфильтратъ; пульсъ слабый, частый; температура вечеромъ 38,1.

20 октября. Операція. Обычный разрѣзъ. Въ окружности coeci спайки; отростокъ лежитъ въ рубцевой ткани, спускается въ область малаго таза, гдѣ конецъ его плотно припаянъ. При выдѣленіи отростка, онъ порвался, на его мѣстѣ оказался небольшой гнойникъ. Отростокъ резецированъ. Слѣва на мѣстѣ инфильтрата сдѣланъ разрѣзъ, вскрыта брюшина. Шприцъ не показалъ присутствіе гноя. Два тампона—глубокій и поверхностный.

24 октября. Внутреній тампонъ вынуть, наружный подтянуть.

25 октября—3 ноября. При перевязкахъ на тампонѣ калъ.

4 ноября. Кала не выдѣляется.

5 ноября—7 декабря. Перевязки каждый день. Рана хорошо гранулируетъ.

8 декабря. Выписана съ поверхностной раной.

172) Perityphlitis.

А. А., 17 лѣтъ, дѣвица. Въ теченіе полугода было четыре приступа; каждый послѣдующій тяжелѣе предъидущаго. Послѣдній приступъ былъ въ первыхъ числахъ ноября.

5 декабря. Операція—резекція червеобразнаго отростка. Въ утолщенной части отростка былъ гной. Рана зашита наглухо.

9 декабря. Сняты швы. Prima intentio.

16 декабря. Выписалась.

173) Perityphlitis catarrhalis.

М. Б., 8 лѣтъ. Съ мѣсяцъ тому назадъ захворала поносомъ, который продолжался около 2-хъ недѣль. Одинъ разъ была рвота. Боли въ животѣ, главнымъ образомъ въ правой сторонѣ, осталась.

2 марта. Операція. Въ полости брюшины небольшое количество жидкости.

Отростокъ удлинненъ, слизистая его набухла. Рана зашита наглухо.

5 марта. Сняты швы. Prima intentio.

12 марта. Выписалась.

174) Perityphlitis catarrhalis.

А. Н., 23 лѣтъ. Было 3 приступа апендицита въ февралѣ и іюнѣ пр. г. и въ началѣ февраля т. г. Въ настоящее время чувствуетъ боль при давленіи на слѣпую кишку. Инфильтрата нѣтъ.

15 марта. Подъ хлороформомъ resectio proc. vermiformis обычнымъ способомъ. Тампонъ и швы.

20 марта. Сняты швы. Зажило гладко. Въ мѣстѣ тампона заживленіе тоже идетъ хорошо.

Перевязки каждый день, самочувствіе хорошее.

28 марта. Выписанъ.

175) Perityphlitis purulenta.

Б. Я., 7 лѣтъ. Въ іюнѣ пр. г. былъ первый приступъ аппендицита, очень слабый. Второй начался недѣли три тому назадъ,

продолжался около недѣли. Въ настоящее время (14 февраля) въ области червеобразнаго отростка прощупывается въ глубинѣ небольшое уплотненіе, мало болѣзненное. Температура нормальна. 22 февраля. Операція. Кишки и сальникъ оказались спаянными съ coecum. Червеобразный отростокъ лежалъ въ серединѣ этого клубка изъ паекъ. Небольшое количество гноя. Тампонъ.

25 февраля. Тампонъ подтянутъ.

Перевязки каждый день. Рана постепенно закрывалася при хорошемъ самочувствіи больного.

12 марта. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.

176) Perityphlitis purulenta.

И. Г., 5 лѣтъ, крестьянинъ. Болѣлъ около 3 мѣсяцевъ. Захворалъ сразу: боль въ животѣ, рвоты не было, высокая температура. Съ діагнозомъ аппендицита доставленъ 20 октября въ клинику. Надъ пупартовой связкой справа имѣется нарывъ. Температура 38,2. Въ остальномъ здоровъ.

21 октября. Разрѣзомъ параллельно Пупартовой связкѣ нарывъ вскрытъ. Имѣлась полость, величиной въ два кулака, спускающаяся въ тазъ. Этимъ операцію и ограничили. Тампонъ.

24 октября. Перевязка. Вышло около 4 столовыхъ ложекъ гноя. Дальше перевязки каждый день. Рана при хорошемъ самочувствіи больного удовлетворительно очищалась и гранулировала.

3 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

177) Perityphlitis purulenta.

М. П., 16 лѣтъ, крестьянинъ. Заболѣлъ четыре мѣсяца тому назадъ. При явленіяхъ повышенной температуры, тошноты, рвоты и запора были боли въ правой области живота. Три недѣли больной лежалъ въ постели. Мѣсяца два тому назадъ появилась опухоль справа отъ позвоночника, въ области между 12 ребромъ и гребешкомъ подвздошной кости, тѣстоватой консистенціи, поверхностная. 4 октября больной поступилъ въ клинику. Питанія удовлетворительнаго, органы груди здоровы. Въ области правой подвздошной ямки и кнаружи по направленію къ позвоночнику припухлость напряженная, у позвоночника опухоль величиной въ ладонь, глубокая флюктація. Температура вечеромъ около 38. Въ мочѣ бѣлокъ, гнойныхъ тѣлецъ нѣтъ.

8 октября. Вскрытъ абсцессъ съ правой стороны позвоночника. Вышло много гноя. Зондъ идетъ глубоко по направленію къ правой подвздошной области. Дѣлались перевязки черезъ день. Температура слегка повышена. Рана заживала плохо. Въ области разрѣза на мѣстѣ абсцесса имѣется свищъ.

10 ноября. Сдѣлана операція—resectio poc. vermicularis. Около червеобразнаго отростка—гнойникъ. Тампонъ.

15 ноября. Тампонъ перемѣненъ, онъ пропитанъ гноемъ.

Дальше перевязки черезъ день. Рана на спинѣ быстро закрывается. Рана на животѣ гранулируетъ хорошо. Температура все время нормальна.

21 ноября. Рана на спинѣ закрылась.

12 декабря. Выписанъ съ совершенно зажившими ранами. Чувствуетъ себя здоровымъ.

178) Perityphlitis purulenta.

П. Р., 11 лѣтъ, ученикъ. 9 октября т. г. мальчикъ заболѣлъ сразу: сильная боль по всему животу, рвота, высокая температура. Боли постепенно ослабѣли, но совсѣмъ не утихли до поступленія въ клинику 9 ноября, гдѣ температура была у мальчика нормальна, въ правой подвздошной области замѣчалось уплотненіе; запоръ.

15 ноября. Операція—resectio proc. vermiformis. Обычный разрѣзъ по краю recti abd. Большія сращенія во всей области слѣпой кишки. Сальникъ былъ спаянъ съ брюшиной, слѣпой кишкой, червеобразнымъ отросткомъ. Около отростка небольшое скопленіе серозно-гнойнаго отдѣляемаго. Тампонъ. Швы.

18 ноября. Температура нормальна. Перемѣнили тампонъ, на которомъ было немного гноя.

20 ноября. На тампонѣ немного гноя. Сняты швы.

Дальше перевязки черезъ день. Выдѣленіе гноя уменьшалось. Рана хорошо гранулировала. Температура все время нормальна.

16 декабря. Выписанъ съ вполнѣ зажившей раной.

179) Perityphlitis putulenta.

А. Д., 24 лѣтъ, студентъ. Весной тек. года начались въ нижней части живота довольно сильныя боли. Въ іюлѣ безъ опредѣленныхъ причинъ появилась сильная боль въ правой подвздошной области, съ высокой температурой и рвотой. Приступъ продолжался 3 дня. 29 октября—повтореніе приступа. Со слабыми болями въ ileocoecol'ной области больной поступилъ въ клинику 4 декабря. Инфильтрата не прощупывалось.

4 декабря. Операція. Обычный разрѣзъ по краю recti abdom. Типичное удаленіе червеобр. отростка. Тампонъ и швы.

6 декабря. Перевязка. Изъ раны небольшое количество мутноватой жидкости.

8 декабря. Перевязка. Отдѣляемое изъ раны гноевидно, съ зловоннымъ запахомъ. Вечеромъ температура 38,2.

Перевязки дальше дѣлались каждый день. Температура больше не поднималась. Рана постепенно очищалась и гранулировала. 16 декабря. Больной ходитъ.

23 декабря. Выписанъ съ незначительной поверхностной раной.

180) Perityphlitis purulenta.

И. Г., 6 лѣтъ, сынъ мельника. До сихъ поръ пользовался хорошимъ здоровьемъ, 3 недѣли тому назадъ мальчикъ заболѣлъ сразу: появилась боль внизу живота съ правой стороны, была высокая температура. Рвоты не было, былъ поносъ. 13 дней больной пролежалъ въ больницѣ, откуда, неполучивъ облегченія, 19 октября, поступилъ въ клинику. При осмотрѣ больного замѣчается въ низу живота въ правой сторонѣ опухоль, которая при ощупываніи даетъ зыбленіе. Граница ея распространенія вверху не доходитъ пальца на два до пупка, и влѣво на столько же до бѣлой линіи. При перкуссіи—тупой звукъ, кожа надъ опухолью нормальна.

21 октября. Больному сдѣланъ разрѣзъ вдоль Пупартовой связки, причемъ вышло громадное количество гноя. Абсцессъ забрюшинный. Рана затампонирована. Перевязки дѣлались каждый день. Температура все время нормальна. Рана постепенно очищалась и гранулировала.

4 ноября. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія вполнѣ поправившимся.

181) Perityphlitis catarrhalis.

А. В., 41 года, женатъ, машинистъ. Послѣдніе годы страдалъ неправильной дѣятельностью желудка и кишекъ. 2 апрѣля н. г. заболѣлъ сразу: сильная боль въ правой подвздошной области, рвота, запоръ, высокая температура. Приступъ продолжался 5 дней. 6 августа того-же года—второй приступъ, тянувшійся около двухъ недѣль. 27 сентября поступилъ въ клинику. Питаніе ослаблено. Запоры. При пальпаціи правая подвздошная область болѣзненна.

29 сентября. Подъ хлороформомъ resectio pr. vermicularis обычнымъ способомъ. Масса сращеній. Рана зашита наглухо.

4 октября. Сняты швы. Зажило гладко.

8 октября. При перевязкѣ обнаруженъ подкожный абсцессъ въ области рубца. Вскрытъ.

Повязка черезъ день. Рана постепенно очищалась и гранулировала.

21 октября. Съ поверхностной раной больной оставилъ клинику.

182) Perityphlitis et hernia post. loporotomiam.

Л. Г., 20 лѣтъ, жена офицера, живетъ въ Томскѣ, поступила въ клинику 7 декабря 1906 г., выписалась 16 декабря—1906 г.

Въ январѣ 1906 г. у больной былъ приступъ аппендицита съ образованіемъ гнойника въ брюшной полости. Тогда же въ клиникѣ ей сдѣлана была операція—гнойникъ былъ вскрытъ разрѣзомъ брюшной стѣнки по краю recti abdominis въ области слѣпой кишки. Рана заживала медленно подъ тампонами. Въ августѣ мѣсяцѣ того-же года въ области рубца появилась грыжа величиной въ кулакъ съ чѣмъ больная и поступила въ клинику. Больная цвѣтущаго вида. Легкія и сердце здоровы.

9 декабря. Сдѣлана была операція подъ эфирнымъ наркозомъ. По удаленіи рубцовой ткани брюшной стѣнки на мѣстѣ образовавшейся грыжи, вскрыта была брюшина и произведена радикальная операція - удаленія червеобразнаго отростка. Въ области слѣпой кишки имѣлась масса спаекъ по расщепленіи ихъ тупымъ путемъ выдѣленъ былъ червеобразный отростокъ, имѣвшій видъ тонкаго шнура сухожильной консистенціи; отростокъ былъ удаленъ, на большомъ своемъ протяженіи онъ оказался облетирированнымъ. Брюшная полость зашита наглухо трехъэтажнымъ швомъ. У больной въ теченіе двухъ сутокъ сильная рвота при нормальной температурѣ, хорошемъ пульсѣ и безболѣзненномъ и мягкомъ животѣ. Швы сняты на пятый день. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

183) Perityphlitis catarrhalis.

Л. М., 17 лѣтъ, гимназистка, живетъ въ Томскѣ, поступила въ клинику 23-го ноября, выписалась 21 декабря 1906 года.

Раньше перенесла корь, дифтеритъ и острый суставный ревматизмъ.

22 іюля с. г., появилась боль въ нижней области живота, сопровождавшаяся рвотой и повышенной температурой (выше 38°), боль продолжалась 5 дней. 18 сентября вновь появилась тянущая боль въ животѣ безъ повышенія температуры и продолжалась около недѣли.

30 октября третій приступъ съ сильной болью, тошнотой, боль продолжалась до 7 ноября, отъ 7 до 11 больная чувствовала себя хорошо, 11-го съѣла котлету и сходила въ баню, послѣ чего новый приступъ, утихшій 20 ноября, а 23 ноября больная поступила въ клинику.

Больная правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Сердце и легкія здоровы. Въ области слѣпой кишки боли при ощупыва-

нія нѣтъ, ощущается небольшая резистентность сравнительно съ лѣвой стороной.

2 декабря. Операція подъ эфирнымъ наркозомъ. Обычный разрѣзъ краю по m-li recti abdom. Appendix оказался спаяннымъ съ органами малаго таза, выдѣленный изъ малаго таза онъ представлялся сложеннымъ и сросшимся по продольной оси, отростокъ былъ удаленъ, на то мѣсто, гдѣ его приходилось отдѣлять въ маломъ тазу, вставленъ небольшой марлевый тампонъ. Рана зашита трехъэтажнымъ швомъ.

Въ день операціи рвота.

3 декабря. Тошнота. Температура 36,5, пульсъ 84 полный.

4 декабря. Рвота продолжается при нормальной температурѣ и хорошемъ пульсѣ.

5 декабря. Тампонъ подтянутъ. Рвота продолжается. Пульсъ и температура нормальны.

6 декабря. Сняты серфины. Шовъ на разстояніи 2 сант. распущенъ въ виду подкожнаго нагноенія. Тампонъ вынутъ, вылилось около столовой ложки гноя. Снова тампонъ. Самочувствіе хорошее. Рвоты нѣтъ.

8 декабря. При перевязкѣ выдѣлилось около двухъ столовыхъ ложекъ гноя, кожная рана разведена до мѣста тампона.

Перевязки дѣлаются ежедневно. Количество гноя постепенно уменьшается. Температура вечеромъ колеблется отъ 37 до 38.

17 декабря. Рана очистилась. Больная чувствуетъ себя хорошо.

21 декабря. Больная выписана съ открытой неглубокой чистой раной.

184) Perityphlitis purulenta.

П. Р., 11 лѣтъ, ученикъ духовнаго училища въ Томскѣ, поступилъ 7 ноября, выписался 5 декабря 1906 года.

Приступъ аппендицита былъ двѣ недѣли тому назадъ при высокой температурѣ, тошнотѣ и небольшомъ вздутіи живота, продолжался около недѣли. Больной лежалъ въ дѣтской клиникѣ, откуда для операціи переведенъ въ хирургическую.

Мальчикъ правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія, органы груди и живота здоровы. Въ области слѣпой кишки при глубокомъ изслѣдованіи небольшая резистентность и тупая болѣзненность. Температура и пульсъ нормальны. Самочувствіе хорошее.

15 ноября. Сдѣлана операція подъ хлороформомъ. Червеобразный отростокъ былъ подогнутъ подъ слѣпую кишку и окутанъ спайками, сзади которыхъ, по ихъ раздѣленіи, обнаружено было небольшое количество гнойнаго распада. Отростокъ былъ удаленъ. Въ рану вставлена небольшая полоска стерилизованной марли, наложены швы на брюшину и сухожиліе, на кожу серфины.

16 ноября. Температура 37,2—37,9. Самочувствіе хорошее.

17 ноября. Температура 37,4—37,7.

18 ноября. Температура 37. Сдѣлана перевязка. Удаленъ тампонъ, выдѣлилось небольшое—около чайной ложки—количество гноя. Вставленъ свѣжій тампонъ. Вечеромъ температура 37,7.

20 ноября. Перевязка. Сняты серфины. Перемѣненъ тампонъ. Около столовой ложки гноя. Температура утромъ и вечеромъ 37,3.

Начиная съ 22 ноября температура нормальна. Перевязки каждый день. Количество гноя очень небольшое. Заживленію мѣшалъ отдѣлившійся наполовину шовъ съ сухожилія, нитка отошла окончательно 3 декабря, послѣ чего быстро наступило заживленіе.

185) Perityphlitis purulenta. Peritonitis.

Б. Х., 8 лѣтъ, поступила 8 ноября съ явленіями перитонита: животъ вздутый, болѣзненный, въ области слѣпой кишки притупленіе, отправленій на низъ нѣтъ, газы не отходятъ, пульсъ 140 очень слабый, температура 39.

8 ноября. Операція подъ хлороформомъ. Разрѣзъ по наружному краю m-li recti abdominis; по вскрытіи брюшины показался гной; вставлены тампоны; верхняя часть зашита. Вечеромъ температура 39,7, пульсъ 150, газы не отходятъ, животъ вздутъ и болѣзненъ.

9 ноября. Температура утромъ 38,7, вечеромъ 40. Самочувствіе лучше, пульсъ частый и слабый, животъ по прежнему вздутъ и болѣзненъ. Ночью пульсъ еле ощутимъ, въ 4 часа смерть. Вскрытія не было.

186) Perityphlitis purulenta.

Е. К., 7 лѣтъ, дочь инженера, живетъ въ Томскѣ, поступила въ клинику 5 марта 1907 года.

Заболѣла четыре дня тому назадъ сразу температура поднялась до 39, появились боли въ животѣ и однократная рвота, на другой день больная чувствовала себя лучше, на третій день температура вечеромъ 39, животъ вздутъ, болѣзненъ, пульсъ 120—полный, языкъ обложенъ, самочувствіе удовлетворительное, на четвертый—5-го утромъ температура 37, животъ вздутъ больше, при ощупываніи сильно болѣзненъ, языкъ обложенъ, видъ тяжело больной: лицо осунувшееся, глаза ввалились, на щекахъ красныя пятна, пульсъ около 100—средняго наполненія.

5 марта. Операція подъ хлороформомъ. Разрѣзъ Sonnenburg'a параллельно Пупартовой связкѣ. По вскрытіи мышцъ и фасціи открыта отодвинутая кнутри брюшина. Сдѣлано нѣсколько про-

коловъ брюшины шприцемъ Prawatz'a—гноя не было. Положенъ тампонъ и повязка. Температура вечеромъ 38,8. На другой день температура 36,6, пульсъ хорошій, самочувствіе тоже, болей въ животѣ нѣтъ, появился аппетитъ.

7 марта. Температура 36,7—37,8.

8 марта. Перевязка, тампонъ влажный, слегка подтянутъ. Температура 36,7.

9 марта. Температура 36,8—37,4.

10 марта. Перевязка. Выдѣлилось изъ раны около полустакана гноя. Въ послѣдующіе дни температура все время нормальна, количество гноя постепенно уменьшалось, рана очищалась и черезъ 3 недѣли закрылась совершенно.

17 апрѣля. Произведена была радикальная операція—удаленіе червеобразнаго отростка. Рана зашита наглухо. Заживленіе при нормальной температурѣ первымъ натяженіемъ.

28 апрѣля. Больная выписалась.

187) Perityphlitis catarrhalis.

И. К., 35 лѣтъ, женатъ, торговецъ. До настоящаго заболѣванія пользовался хорошимъ здоровьемъ. Въ апрѣлѣ м. г. захворалъ сразу: тошнота, рвота, боли по всему животу, высокая температура, запоръ. Приступъ продолжался 10 дней. Въ августѣ того же года—второй такой же приступъ. 6 февраля поступилъ въ клинику. Тѣлосложеніе правильное, питаніе хорошее. Животъ немного вздутъ, область слѣпой кишки, при надавливаніи немного болѣзненна.

7 февраля. Операція подъ хлороформомъ. Обычный разрѣзъ по краю m-li recti abd. Червеобразный отростокъ выдѣленъ изъ воспалительныхъ спаекъ и удаленъ съ образованіемъ манжетки. Рана зашита наглухо.

9 февраля. Температура 38,5—37,8. Перевязка. Чисто.

11 февраля. Сняты швы. Prima intentio. Температура нормальна.

18 февраля. Выписанъ.

188) Perityphlitis purulenta.

П. О., 40 лѣтъ, женатъ, плотникъ. Все время пользовался хорошимъ здоровьемъ. Въ октябрѣ пр. г. сразу почувствовалъ знобъ, жаръ и боль въ низу живота. Въ скоромъ времени боль локализировалась въ правой подвздошной области. Приступъ продолжался около 2-хъ недѣль. До марта н. г. больной чувствовалъ себя удовлетворительно, въ серединѣ же марта—второй приступъ снова уложилъ его въ постель и 21 марта больной по-

ступилъ въ клинику. Тѣлосложеніе правильное, питаніе хорошее. Легкія и сердце здоровы. Въ правой подвздошной области прощупывается инфильтратъ, величиной въ ладонь. Температура нормальна. Запоры.

25 марта. Операція. Около pr. vermicularis незначительно количество гноя. Тампонъ. Швы.

29 марта. Тампонъ подтянутъ. Температура нормальна.

31 марта. Тампонъ сухой.

Дальше перевязки дѣлались черезъ день. Рана хорошо заживала. Температура не поднималась.

26 апрѣля. Выписанъ съ вполнѣ закрытой раной.

189) Perityphlitis catarrhalis.

Г. К., 25 лѣтъ, студентъ. Въ дѣтствѣ перенесъ ковь. Годъ тому назадъ имѣлъ трипперъ, осложженный орхитомъ. Лѣтомъ т. г. послѣ погрѣшности въ діэтѣ заболѣлъ сразу: высокая температура, боль въ животѣ, запоръ и тошнота. Пролежалъ въ постели 5 недѣль. 18 ноября того же года былъ второй приступъ. Проболѣлъ около 2-хъ мѣсяцевъ.

23 февраля поступилъ въ клинику. Сложенія крѣпкаго, питанія подорваннаго. Легкія и сердце здоровы. Въ iliocoecal'ной области припухлость. При перкуссіи—притупленіе, при надавливаніяхъ—болѣзненность.

26 февраля. Подъ хлороформомъ resectio pr. vermicularis. Отростокъ удаленъ съ образованіемъ манжетки. Обычные швы. Операція продолжалась 40 мин. Тампонъ не вставленъ.

2 марта. Сняты серфины. Prima intentio.

8 марта. Выписанъ.

190) Perityphlitis purulenta.

А. К., 7 лѣтъ, сынъ купца. Доставленъ въ клинику 13 марта съ явленіями раздраженія брюшины и мѣстнымъ (гнойнымъ) перитонитомъ въ области слѣпой кишки, на третій день послѣ начала приступа аппендицита. Діагносцированъ былъ гнойникъ и сдѣлана операція вскрытіе гнойника разрѣзомъ Sonnenburg'a. Въ выпячившуюся брюшину сдѣланъ пробный проколъ и по обнаруженіи гноя брюшина вскрыта небольшимъ разрѣзомъ. Гноя выдѣлилось около $1/2$ стакана. Рана затампонирована. Перевязки ежедневно.

15 марта. Тампонъ подтянутъ. Температура 37,6—37,4.

18 марта. Изъ раны каловый запахъ. Температура 38,2—38,2. Перемѣненъ тампонъ.

22 марта. При перевязкѣ изъ раны выдѣлилось около $1/2$ стакана кала. Температура 37,9—38,1.

24 марта. Большое количество жидкаго кала.

26 марта. Рана сплошь заполнена каломъ.

Больной постепенно слабѣлъ. 1 апрѣля, выписанъ и въ ночь умеръ.

191) Perityphlitis purulenta.

П. Р., 32 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Захворалъ 6 марта послѣ простуды: почувствовалъ боль въ нижней части живота, поднялась температура, появился запоръ и кашель. Въ постели пролежалъ около мѣсяца, но и послѣ этого по временамъ въ правомъ боку бывали боли, которыя и заставили обратиться въ клинику 3 апрѣля. Питаніе подорвано, тѣлосложеніе правильное. Область слѣпой кишки при ощупываніи болѣзненна, прощупывается уплотненіе.

4 апрѣля. Операція. Лишь только надрѣзана брюшина, выдѣлилось около $1\frac{1}{2}$ столовыхъ ложекъ густого гноя. Тампонъ. На этомъ операція кончена. Перевязки дѣлались каждый день. Рана хорошо очищалась и гранулировала.

18 апрѣля. Выписанъ съ почти закрытой раной для амбулаторнаго леченія.

192) Fistula stercoralis.

А. М., 36 лѣтъ, дѣвица. Въ прошломъ году резецирована часть толстой кишки (около печени) по поводу туберкулеза. Въ послѣдующемъ леченіи получился каловый свищъ, черезъ который проходитъ жидкій калъ; испражняется черезъ задній проходъ.

16 февраля. Операція подъ эфиромъ. Рубцы тщательно удалены. На кишку швовъ. Тампонъ. Швы.

22 февраля. Перевязка. Сняты швы. Каловый запахъ.

25 февраля. На повязкѣ немного жидкаго кала.

5 марта. Рана вся выполнилась. Калъ не идетъ въ рану. Перевязки каждый день. 21 марта. Образовались два свища, калъ изъ нихъ не идетъ.

7 апрѣля. Выписана съ поверхностными свищами, скоро зажившими.

153) Нарывъ брюшной стѣнки.

В. С., 16 лѣтъ, ученикъ духовнаго училища. 6 лѣтъ перенесъ скарлатину, осложненную нефритомъ и водянкой. 6 августа н. г.

начался приступъ appendicit'а: рвота, боль въ животѣ, высокая температура. Продолжался около мѣсяца. 15 октября больному была сдѣлана операція—удаленіе червеобразнаго отростка. Рана подъ тампономъ зажила спустя недѣли три. Одновременно съ этой операціей по словамъ больного былъ вскрытъ гнойникъ брюшной стѣнки въ лѣвой подвздошной области. Черезъ недѣлю послѣ операціи образовался гнойникъ по l. alba, пальца на 2—3 выше symphisis'а. 9 ноября былъ вскрытъ.

Въ началѣ декабря—гнойникъ въ области пупка. Этотъ гнойникъ 19 декабря прорвался, рана расширена и затампонирована.

Тѣлосложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Въ правой области живота приблизительно на серединѣ между пупкомъ и spin. anter. superior сверху внизъ и нѣсколько косо квнутри—рубецъ 10 сант. длины, плотный, розоватый. Надъ symphisis'омъ сант. на 4 рана, въ 2 сант. длины, съ гранулирующими краями. Зондъ идетъ сант. на 7 влѣво. Пальца два отступя отъ лѣвой sp. ant. sup. такая же гранулирующая рана; зондъ идетъ глубоко къ средней линіи. Пупокъ вздутъ, покраснѣвшій; слѣва отъ него есть отверстіе въ $1/2$ сант. шириной, изъ него выдѣляется гной.

Въ теченіе мѣсяца больной лѣчился перевязками. Свищи постепенно закрывались.

28 января. Операція. Свищи вскрыты. Разрѣзъ отъ пупка до нижняго свища по прямой линіи. Свищи соединялись между собой и шли подъ прямой мышцей. Боковой свищъ вскрытъ широкимъ разрѣзомъ, онъ проникаетъ до fascia tranhversa. Подъ прямой мышцей этотъ свищъ направляется къ средней линіи, гдѣ соединяется съ среднимъ свищевымъ ходомъ. Тампоны. Продолжительность операціи 40 мин. Хлороформа 10,0.

1 февраля. Перевязка. Тампоны чисты.

4 февраля. Перевязка.

7 февраля. Рана хорошо гранулируетъ.

9 февраля. Свищевый ходъ, соединявшій боковую рану съ средней, выполняется.

11 февраля. Свищевый ходъ почти закрылся.

15 февраля. Больной чувствуетъ себя хорошо. Полнѣетъ.

17 февраля. Свищъ, соединявшій боковую рану съ средней, закрылся. Боковая рана выполнена грануляціями; въ среднюю вставленъ тампонъ. Выписанъ.

е) Пупочныя грыжи и грыжи бѣлой линіи и брюшной стѣнки.

Всѣхъ операцій по поводу пупочной грыжи сдѣлано за отчетное время 7, по поводу грыжи бѣлой линіи 4 и брюшной стѣнки послѣ бывшей ляпоротоміи 2. По возрасту больные распредѣлялись такъ:

1 до	10—1	б.
10 „	20—1	„
20 „	30—4	„
30 „	40—6	„
40 „	50—1	„

Изъ нихъ 9 женщинъ и 4 мущины.

Во всѣхъ случаяхъ заживленіе наступило первымъ натяженіемъ за исключеніемъ одного, гдѣ получилось поверхностное нагноеніе въ швахъ. Исторіи двухъ больныхъ съ пупочными грыжами приведены въ отдѣлѣ паховыхъ грыжъ, такъ какъ эти больные одновременно имѣли паховыя грыжи.

194) Hernia umbilicalis.

Н. Г., 30 лѣтъ, жена священника. Имѣла 4-хъ дѣтей, двойней не было. Въ области пупка грыжевое кольцо, пропускающее три пальца. Грыжа величиной съ кулакъ.

4 ноября. Операція. Разрѣзъ по l. alba и два полукружныхъ около пупка, охватывающіе его кольцомъ. Грыжевой мѣшокъ, свободный отъ содержимаго, резецированъ у грыжевого кольца. Три этажа швовъ; небольшой тампонъ.

9 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

16 ноября. Выписалась.

195) Hernia umbilicalis.

В. П., 30 лѣтъ, замужняя. Грыжа появилась пять лѣтъ тому назадъ, послѣ второго ребенка. Послѣ этого было еще двѣ беременности и грыжа увеличилась. Въ настоящее время (15 февраля) грыжа величиной въ кулакъ, не вправляется, видимо сальниковая, поверхность кожи экскоріирована.

20 февраля. Операція подъ хлороформомъ обычнымъ способомъ.
24 февраля. Сняты серфины. Prima intentio. Рубецъ плотный.
3 марта. Выписалась.

196) Hernia umbilicalis.

I. У. $3^1/_2$ лѣтъ, сынъ чиновника. $1^1/_2$ года тому назадъ больной хворалъ корью, которая осложнилась нарывомъ въ области пупка. Нарывъ вскорѣ прорвался изъ раны сталъ выдѣляться калъ. Такъ продолжалось съ годъ, послѣ чего ребенокъ началъ испражняться черезъ задній проходъ, а пупочная рана постепенно закрылась. На ея мѣстѣ получилось выпячиваніе, все увеличивающееся.

30 марта. Ребенка доставили въ клинику. Больной крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія. Внутренніе органы здоровы. Имѣется пупочная грыжа, величиной съ апельсинъ; кожные покровы надъ ней экскоріированы.

11 апрѣля. Обычнымъ способомъ сдѣлана операція пупочной грыжи.

15 апрѣля. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

23 апрѣля. Выписанъ.

197) Hernia umbilicalis.

Е. Л., 35 лѣтъ, крестьянка Канск. округа, Енис. губ. замужняя, поступила въ клинику 15 января, выписалась 29 января 1907 года.

Больная имѣла двухъ дѣтей, роды были трудные, особенно первые, продолжались $1^1/_2$ сутокъ, на третій день послѣ родовъ больная уже встала, а на пятый исполняла обычныя работы по хозяйству. Спустя два мѣсяца послѣ этихъ первыхъ родовъ она замѣтила у себя небольшое выпячиваніе въ области пупка, это выпячиваніе держится 6 лѣтъ, очень мало увеличиваясь, а временами уменьшаясь и исчезая совершенно.

Раньше больная перенесла суставный ревматизмъ. Питаніе больной очень хорошее. Тоны сердца чисты, границы нормальны; легкія здоровы. Въ области желудка испытываетъ давленіе, иногда боли. Грыжа величиной въ грецкій орѣхъ легко вправляется, грыжевое кольцо пропускаетъ указательный палецъ. Температура 36,9. Пульсъ 72. Дыханіе 18.

19 января. Операція—Herniotomia подъ хлороформомъ. Въ мѣшкѣ содержался сальникъ, который легко вправился въ брюшную полость. Рана зашита трехъэтажнымъ швомъ (брюшина, апоневрозъ и кожа)—на кожу наложены серфины. Послѣоперaціонный періодъ безъ осложненій. Швы сняты на пятый день. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

198) Hernia umbilicalis.

А. Ч., 25 лѣтъ, замужняя. Грыжа появилась 6 лѣтъ тому назадъ послѣ первыхъ родовъ. Кольцо пропускаетъ указательный палецъ.

21 января. Операція обычнымъ способомъ. Вставленъ небольшой тампонъ въ нижній уголъ раны.

24 января. Перевязка. Тампонъ удаленъ. Рана чистая.

26 января. Сняты швы.

1 февраля. Въ нижнемъ углу раны небольшое скопленіе гноя.

3 февраля. Ранка выполнилась. Больная выписана.

199) Hernia abdom.

Ф. С., 39 лѣтъ, замужняя. Полтора года тому назадъ была оперирована по поводу аппендицита. Съ полгода тому назадъ появилась грыжа по всему рубцу выпячивающаяся въ нижнемъ его отдѣлѣ. Длина рубца сант. 12.

14 октября. Сдѣлана операція. Рубецъ въ брюшной стѣнкѣ вырѣзанъ. Грыжевой мѣшокъ оказался двойнымъ: въ верхнемъ и нижнемъ отдѣлѣ рубца, зашитъ. Швы на мышцу и кожу.

21 октября. Сняты швы. Prima intentio.

25 октября. Рубецъ прочный. Коллодійная повязка.

27 октября. Выписана.

200) Hernia l. albae.

Е. Н., 23 лѣтъ, замужняя. Въ іюлѣ 1904 г. въ желѣзнодорожной больницѣ было сдѣлано чревосѣченіе по поводу предполагавшейся внѣматочной беременности. Въ настоящее время мышцы на мѣстѣ рубца разошлись, получилась грыжа.

23 января. Рубецъ на всемъ протяженіи вырѣзанъ. Наложенъ трехъ-этажный шовъ.

28 января. Сняты швы.

30 января. Въ нижнемъ отдѣлѣ раны сгустокъ крови съ куриное яйцо. Швы въ этомъ мѣстѣ разошлись.

5 февраля. Выписалась. Рана зажила на всемъ протяженіи первымъ натяженіемъ, въ нижнемъ отдѣлѣ гдѣ разошлись швы вторымъ натяженіемъ.

201) Hernia l. albae.

А. К., 26 лѣтъ, фельдшеръ. Въ дѣтствѣ перенесъ аппендицитъ, скарлатину. Пять дней тому назадъ больной поднялъ тя-

жесть въ 8 пудовъ и послѣ этого почувствовалъ, что въ области пупка что-то лопнуло. На другой день въ этой области почувствовалъ боль. 19 февраля поступилъ въ клинику. При осмотрѣ больного въ области бѣлой линіи нѣсколько выше пупка замѣчается уплотненіе съ горошину, совсѣмъ не вправимое.

20 февраля. Операція. Оказалась грыжа кишечной стѣнки. Швы на мѣшокъ, апоневрозъ и кожу.

24 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

4 марта. Выписанъ.

202) Hernia abdom. post laporotomiam.

I. Ш., 13 лѣтъ, гимназистка, живетъ въ Томскѣ, поступила 20 сентября, выписалась 5 октября 1906 года.

У больной въ октябрѣ прошлаго года сдѣлана ляпоротомія по случаю гнойнаго аппендицита, давшаго каловый свищъ. Рана долго тампонировалась. На мѣстѣ рубца образовалась грыжа, замѣченная больной въ маѣ мѣс. н. г. Грыжевое выпячиваніе занимаетъ нижнюю часть рубца, величиной около куринаго яйца, легко вправляется. Рубецъ истонченъ. Внутренніе органы безъ измѣненій.

23 сентября. Операція. Истонченная кожа обведена овальнымъ разрѣзомъ и удалена; вскрыта брюшина, резецированъ приросшій сальникъ; на рану наложенъ двойной рядъ швовъ; въ первый взята брюшина и сухожилія мышцъ, сросшіяся съ ней, второй рядъ наложенъ па кожу. Операція начата подъ хлороформомъ, но въ виду плохого пульса больной закончена подъ эфиромъ.

Самочувствіе больной послѣ операціи хорошее. На второй день появился небольшой бронхитъ. Температура нормальна.

28 сентября. Сняты швы. Рана сухая.

4 октября. На рубецъ положена коллодійная повязка.

5 октября. Больная выписалась.

203) Hernia l. albae.

В. Б., 36 лѣтъ, женатъ писарь. 1892 г. появилась грыжа l. albae. При изслѣдованіи прощупывается комкообразная, жирная опухоль, увеличивающаяся при изслѣдованіи, величиной съ голубиное яйцо.

30 марта. Операція. Разрѣзъ по средней линіи длиной около 7 сант. По вскрытіи апоневроза оказалась жировая опухоль, тянувшая за собой брюшину. Опухоль удалена. Вытянутый мѣшокъ брюшины зашитъ кисетнымъ швомъ.

5 апрѣля. Сняты швы. Prima intentio.

9 апрѣля. Выписанъ.

204) Hernia l. albae.

А. П., 27 лѣтъ, замужняя. Родила 3 раза. Брюшныя стѣнки очень дряблы. Прямыя мышцы разошлись на всемъ протяженіи— сант. на 5 въ ширину.

16 февраля. Подъ эфиромъ операція herniotomia; цѣлостность стѣнки установлена швами на прямыя мышцы живота.

21 февраля. Сняты швы черезъ одинъ.

23 февраля. Сняты остальные швы. Prima intentio.

28 февраля. Выписалась.

f) Паховыя грыжи.

Операція паховой грыжи самая частая въ нашей клиникѣ за отчетное время. Объясняется это съ одной стороны большимъ наплывомъ больныхъ грыжей, а съ другой стороны и главнымъ образомъ желаніемъ студентовъ видѣть какъ можно больше случаевъ грыжесѣченія, тѣмъ болѣе что нѣкоторые изъ нихъ, особенно интересующіяся хирургіей, во второмъ семестрѣ дѣлаютъ сами эту операцію подъ непосредственнымъ руководствомъ профессора или его помощниковъ.

Всего за отчетное время сдѣлано 100 грыжесѣченій, причемъ въ это число входитъ 7 случаевъ ущемленныхъ грыжъ. Операція грыжесѣченія въ нашей клиникѣ дѣлается обыкновенно по Bassini; отступленіе допускается въ рѣдкихъ случаяхъ только въ томъ, что у маленькихъ дѣтей, а иногда у стариковъ, неспособныхъ уже къ физическому труду, не образовывается задняя стѣнка пахового канала.

Всѣ больные, оперированные по поводу паховой грыжи (неущемленной—93) распредѣлялись по возрасту такъ:

отъ	1	до	10 л.	—10 б.
„	10	„	20 „	—11 „
„	20	„	30 „	—31 „
„	30	„	40 „	—16 „
„	40	„	50 „	—12 „
„	50	„	60 „	— 8 „
„	60	„	70 „	— 5 „
				93

Грыжи помѣщались съ правой стороны 53 раза.
съ лѣвой „ 26
съ обѣихъ сторонъ 6 (у 2 оперированы въ одинъ пріемъ).

Не обозначено съ какой стор. 8

У женщинъ оперировано 4 грыжи, у мущинъ 89.

Врожденныхъ 8, оперированныхъ по поводу рецидива грыжи 3.

Заживленіе первымъ натяженіемъ наступило въ 81 случаѣ,

поверхностное нагноенiе въ швахъ въ 11 случаяхъ и въ одномъ случаѣ глубокое съ абцессомъ въ соотвѣтствующемъ яичкѣ. Процентъ нагноенiя слѣдовательно около 13.

Операцiя по поводу ущемленныхъ паховыхъ грыжъ произведена была въ 7 случаяхъ.

По возрасту больные распредѣлялись такъ:

отъ	1—10 л.	2	сл.
„	10—20 л.	1	„
„	20—30 „	0	„
„	30—40 „	2	„
„	40—50 „	2	„

Въ шести случаяхъ ущемлены были петли тонкихъ кишекъ, въ одномъ случаѣ сальникъ.

Операцiя дѣлалась черезъ	4 часа	послѣ ущемленiя	1
	6 „	„	1
	12 „	„	1
	2 сутокъ	„	2
	3 „	„	1
	4 „	„	1

Заживленiе въ 5 случаяхъ первымъ натяженiемъ, въ одномъ поверхностное нагноенiе и въ одномъ гнойный перитонитъ, закончившiйся смертью.

d)

Бедренныхъ грыжъ было оперировано за отчетное время 3.

205) Hernia inguinalis congenita. Cryptorchismus.

О. П., 14 лѣтъ, ученикъ ремесленнаго училища въ г. Томскѣ, поступилъ въ клинику 9 октября 1903 г., выписался 26 октября 1903 года.

Съ 6 лѣтъ помнитъ у себя опухоль въ лѣвомъ паху, временами эта опухоль увеличивалась и причиняла большiя боли; родители говорили больному, что опухоль эта существуетъ отъ рожденiя. Больной хорошо развитъ, органы груди и живота здоровы.

Въ мошонкѣ лѣваго яичка нѣтъ, оно прощупывается въ паховомъ каналѣ тотчасъ за наружнымъ его отверстiемъ. Выше яичка по ходу паховаго канала тянется опухоль овальной формы, слегка напряженная.

15 октября. Операцiя подъ хлороформеннымъ наркозомъ. Разрѣзъ кожи полулунный, выпуклостью обращенный къ пупартовой связкѣ. Послойно вскрытъ паховой каналъ и обнаженъ грыжевой мѣшокъ, послѣднiй вскрытъ продольно, въ немъ лежало яичко

величиной въ голубиное яйцо. Операція грыжесѣченія сдѣлана типично по Bassini. Слѣпой конецъ мѣшка зашитъ надъ яичкомъ и оно спущено въ мошонку.

На 6-й день сняты швы. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Выписался 26 октября вполнѣ здоровымъ.

206) Hernia inguinalis dextra.

М. В., 36 лѣтъ, чернорабочій, Томскаго уѣзда, поступилъ въ клинику 29 ноября, выписался 12 декабря 1903 года.

Грыжа существуетъ у больного около 2-хъ лѣтъ, спускается въ мошонку, величиной въ небольшой кулакъ, по совѣту врача носилъ бандажъ.

Роста средняго. тѣлосложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Органы груди и живота здоровы.

2 декабря. Радикальная операція грыжи по Bassini.

6 декабря. Сняты серфины. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

12 декабря больной выписался.

207) Hernia inguinalis dextra.

В. Т. $5^1/_2$ лѣтъ. Родители здоровы. Дядя больного имѣлъ грыжу. Самъ больной въ 9 мѣсяцевъ страдалъ ложнымъ крупомъ и инфлюэнціей, а 4-хъ лѣтъ заушницей. Въ іюнѣ н. г. замѣчена въ правомъ паху опухоль, которая больного не безпокоила. Отъ ношенія бандажа опухоль стала меньше.

Слѣды рахита (куриная грудь). Питаніе удовлетворительное. Органы груди и живота здоровы. Имѣется правосторонняя грыжа величиной съ голубиное яйцо, легко вправимая.

27 октября. Операція грыжесѣченія по Bassini.

28 и 29 октября. Рвота. Температура нормальна.

30 октября. Самочувствіе прекрасное.

31 октября. Сняты швы. Prima intentio.

5 ноября. Выписанъ.

208) Hernia inguinalis dextra.

С. К., 21 года, студентъ. Отецъ и мать страдали порокомъ сердца. Самъ больной въ дѣтствѣ перенесъ корь и скарлатину, 16 лѣтъ—воспаленіе легкихъ. Запорами не страдалъ, физической работой не занимался. Грыжу замѣтилъ въ февралѣ т. г. Бандажа не носилъ, грыжа не ущемлялась.

Больной тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны. Въ правомъ паху грыжа, величиной

съ куриное яйцо, въ мошонку не спускается; паховое кольцо пропускаетъ палецъ.

19 сентября. Операція по Bassini.

24 сентября. Сняты швы. Prima intentio.

30 сентября. Выписанъ.

209) Hernia ingunalis dextra.

Ч. М., 3 года. На 2-мъ году ребенокъ перенесъ воспаленіе легкихъ. Грыжу замѣтили $1^1/_2$ года тому назадъ, когда ребенокъ сталъ ходить.

Мальчикъ правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Въ правомъ паху грыжа, величиной съ голубиное яйцо, спускается въ мошонку.

30 сентября. Операція грыжесѣченія безъ образованія задней стѣнки, грыжа врожденная. Продолжительность операціи 50 мин., хлороформа 12,0.

4 октября. Сняты швы. Первое натяженіе.

9 октября. Выписанъ.

210) Hernia inguinalis dextra.

М. П., 5 лѣтъ, крестьянинъ. Родители здоровы. Въ семьѣ было еще трое дѣтей, но умерли отъ скарлатины и оспы.

Мальчикъ хорошаго тѣлосложенія и питанія. Внутренніе органы нормальны. Грыжа замѣчена со дня рожденія. Въ настоящее время она величиной съ куриное яйцо, спускается въ мошонку, легко вправляется, не ущемлялась. Бандажа не носилъ.

22 сентября. Операція грыжесѣченія безъ образованія задней стѣнки.

3 октября. Выбылъ изъ клиники здоровымъ.

211) Hernia inguinalis dextra.

Д. Х., 17 лѣтъ, холостъ. Въ дѣтствѣ перенесъ ложный крупъ; въ мартѣ тек. года въ хирургической факультетской клиникѣ резецированъ pr. vermiformis послѣ третьяго приступа. Роста средняго, тѣлосложенія крѣпкаго, питанія хорошаго, грудные органы нормальны. Грыжа существуетъ 3—4 года, спускается въ мошонку, ущемленій не было, бандажъ носилъ нѣсколько дней.

10 декабря. Herniofomia по Bassini. Резецирована часть сальника.

14 декабря. Сняты серфины. Prima intentio.

18 декабря. Выписанъ здоровымъ.

212) Hernia inguinalis dextra.

Л. З., 10 лѣтъ, еврей Маріинскаго уѣзда, поступилъ въ клинику 15 декабря 1903 года, выписался 24 декабря 1903 года.

Грыжа у больного замѣчена была родителями на первомъ году жизни и они считаютъ ее врожденной. Безпокойства больному она не причиняетъ.

Больной хорошо развитый физически мальчикъ, вполнѣ здоровый. Небольшая правосторонняя паховая грыжа, наружное паховое кольцо расширено, пропускаетъ верхушку мизинца.

18 декабря. Радикальная операція грыжи по Bassini. Грыжа врожденная. Задняя стѣнка паховаго канала образована двумя швами. Наркозъ—хлороформъ.

Заживленіе первымъ натяженіемъ; выписанъ 24 декабря 1903 г.

213) Hernia inguinolis sinistra congenita.

Е. З., 20 лѣтъ, холостъ, художникъ. Отецъ здоровъ, мать умерла отъ чахотки. Самъ больной въ 1902 г. перенесъ корь. Какъ помнитъ себя помнитъ и грыжу. Бандажа не носилъ.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе хорошее. Имѣется лѣвосторонняя паховая грыжа, величиною съ куриное яйцо. Грыжа легко вправляется, но по вправленіи въ области яичка все же прощупывается небольшая опухоль.

24 сентября. Операція по Bassini. Грыжа врожденная. По вскрытіи грыжевого мѣшка вытекло нѣсколько куб. сант. серозной жидкости. Мѣшокъ въ центральномъ концѣ перевязанъ двойной лигатуркой, а въ периферическомъ зашитъ надъ яичкомъ тремя швами. Продолжительность операціи 35 мин.

27 сентября. Сняты серфины. Prima intentio.

10 октября. Выписанъ.

214) Hernia inguinalis dextra.

З. М., 45 лѣтъ. Грыжа появилась 15 лѣтъ тому назадъ послѣ родовъ. Больная правильнаго сложенія, питанія подорваннаго. Имѣется правосторонняя паховая грыжа, величиною съ гусиное яйцо, легко вправимая. Наружное кольцо пропускаетъ $1^1/_2$ пальца.

30 ноября. Операція грыжесѣченія безъ образованія задней стѣнки.

4 декабря. Сняты швы. Prima intentio.

9 декабря. Выписана.

215) Hernia inguinalis dextra.

И. С., 43 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. Настоящее заболѣваніе появилось, когда больному было 27 лѣтъ. Послѣднее время носилъ бандажъ. Ущемленій не было. Грыжа немного больше гусинаго яйца, мошоночная, легко вправимая.

3 ноября. Herniotomia типично по Bassini. Хлорофомъ.

7 ноября. Сняты швы. Вечеромъ температура 38.

8 ноября. Перевязка. Краснота и инфильтрація кожи. Распущено два шва. Незначительное количество крови и гноя. Дальше перевязки каждый день. Рана зажила вторымъ натяженіемъ.

29 ноября. Больной выписался.

216) Hernia inguinalis dextra.

Д. С., 1 г. 8 м., грыжу родители замѣтили со дня рожденія. Грыжа правосторонняя, спускается въ мошонку, величиной съ куриное яйцо, легко вправимая, не ущемлялась, бандажа не носилъ. Въ остальномъ ребенокъ здоровъ.

2 ноября. Herniotomia безъ образованія задней стѣнки.

Грыжа врожденная. Периферическій конецъ мѣшка зашить надъ яичкомъ.

8 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

11 ноября. Выписанъ.

217) Hernia inguinalis.

А. Х., 50 лѣтъ, хлѣбопашецъ. Лѣтъ 6 страдаетъ грыжей. Носилъ бандажъ. Грыжа правосторонняя, немного спускается въ мошонку, величиной съ гусиное яйцо, не ущемлялась.

20 декабря. Операція по Bassini.

24 декабря. Сняты швы. На кожѣ по рубцу краснота.

25 декабря. Температура 38,4.

26 декабря. Рана разведена—гной. Температура 39,7.

Перевязки каждый день. Заживленіе вторымъ натяженіемъ.

25 января. Выписался съ почти закрытой раной для амбулаторнаго леченія.

218) Hernia inguinalis.

И. Г., 42 лѣтъ, топографъ, женатъ. Лѣтъ съ 11 имѣетъ правостороннюю паховую грыжу, которая всегда легко вправлялась. 3 послѣднихъ года носилъ бандажъ.

6 октября. Операція по Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ небольшое количество серозной жидкости. Вставленъ небольшой тампонъ.

8 октября. Перевязка. Тампонъ удаленъ.

11 октября. Сняты швы. Prima intentio. Гдѣ былъ тампонъ— небольшая гранулирующая поверхность.

13 октября. Перевязка. Ляписъ. 15 октября выписался.

219) Hernia inguinalis.

П. С., 21 года, женатъ, торговецъ. Грыжа существуетъ съ 7-лѣтняго возраста, лѣвосторонняя, нѣсколько больше голубинаго яйца, не ущемлялась. Около года носилъ бандажъ.

30 сентября. Операція. Herniotomia по Bassini. Хлороформъ. Мѣшокъ очень тонкій. Мышцы дряблыя.

4 октября. Сняты швы. Prima intentio.

8 октября. Коллодійная повязка. Выписался.

220) Hernia inguinalis.

И. С., 43 лѣтъ, холостъ, хлѣбопашецъ. Грыжа существуетъ лѣтъ 15, носилъ бандажъ. Грыжа правосторонняя, спускается въ мошонку, легко вправляется. Величина ея съ кулакъ.

3 ноября. Hermiotomia по Bassini. Мѣшокъ очень тонкій, зашитъ кисетнымъ швомъ.

5 ноября. Перевязка. Кожа немного приподнята кровоизліяніемъ. Между двумя верхними швами выдѣлилось небольшое количество крови. Температура 36,7—37,5.

7 ноября. Сняты швы. Чисто.

8 ноября. Изъ раны кровь и гной. Температура 38,4.

Перевязки каждый день. Отдѣляемаго мало.

27 ноября. Изъ раны вышло нѣсколько лигатуръ, имѣется небольшой свищъ.

5 декабря. Свищъ выскобленъ острой ложкой.

9 декабря. Рана почти закрылась.

11 декабря. Выписался съ небольшимъ въ $^1/_2$ сант. глубиной свищемъ.

221) Hernia inguinalis recidiva.

Д. М., 40 лѣтъ, женатъ, машинистъ. 1893 году замѣтилъ у себя правостороннюю грыжу, въ 1897 году была сдѣлана операція, вскорѣ послѣ которой грыжа появилась вновь. Съ тѣхъ поръ носилъ бандажъ. Имѣется правосторонняя грыжа, спускается въ мошонку. Паховое кольцо пропускаетъ 3 пальца.

30 декабря. Операція грыжесѣченія безъ образованія задней стѣнки.

3 января. Перевязка. Сняты швы. Первое натяженіе.
11 января. Выписался.

222) Hernia inguinalis.

Ф. Л., 24 лѣтъ, холостъ. Грыжей страдаетъ три года. Грыжа правосторонняя, мошочная, вправляется, не ущемлялась. Бандажа не носилъ.

12 ноября. Операція по Bassini. Продолжительность операціи 1 часъ. Эфиръ 125,0.

14 ноября. Перевязка, небольшой отекъ. Температура 38,4.

16 ноября. Отекъ меньше. Сняты швы. Prima intentio.

24 ноября. Выписался.

223) Hernia inguinalis.

П. С., 7 лѣтъ. Грыжа появилась 4 года тому назадъ, правосторонняя, легко вправляется, наружное паховое кольцо пропускаетъ верхушку мизинца.

8 октября. Операція—Herniotomia безъ образованія задней стѣнки. Грыжа врожденная.

12 октября. Сняты швы. Prima intentio.

17 октября. Коллодійная повязка. Выписался.

224) Hernia inguinalis dextra congenita.

И. А., 13 лѣтъ. По словамъ больного и его родителей грыжа въ правомъ паху появилась года два тому назадъ. Наружное кольцо пропускаетъ верхушку мизинца.

15 января. Операція. Культа подшита къ мышечной стѣнкѣ иглой Reverden'a. Грыжа врожденная. Слѣпой конецъ мѣшка зашитъ надъ яичкомъ. Задней стѣнки не образовано. Продолжительность операціи 50 мин. Хлороформа 20,0.

17 января. Температура утромъ 37,9, вечеромъ 38,3. Со стороны раны жалобъ нѣтъ.

18 января. Температура 38,1--38,3. Перевязка.

20 января. Сняты швы. Prima intentio.

22 января. Разрѣшено ходить. Температура 37,2.

24 января. Температура 37,2. Самочувствіе хорошее.

25 января. Выписанъ.

225) Hernia inguinalis sinistra.

Т. Ш., 22 лѣтъ, поступилъ въ клинику въ этомъ году второй разъ (въ январѣ сдѣлана герніотомія на правой сторонѣ). Имѣется лѣвосторонняя паховая грыжа.

18 февраля. Herniotomia по Bassini. Продолжительность операціи 1 часъ. Сначала хлороформъ 5,0, потомъ эфиръ 55,0, такъ какъ пульсъ сталъ слабѣть.

22 февраля. Сняты швы. Первое натяженіе.

26 февраля. Коллодійная повязка. 28 февраля. Выписанъ.

226) Hernia inguinal. bilater.

Ш. М., 23 лѣтъ. Грыжа на правой сторонѣ появилась лѣтъ 7 тому назадъ, лѣвая позднѣе. Обѣ грыжи паховыя. Правая съ гусиное яйцо, лѣвая съ куриное. Въ мошонку не спускаются, не ущемлялись, вправляются хорошо. Грыжевыя кольца пропускаютъ указательный палецъ. Бандажъ не носилъ.

23 февраля. Операція на обѣихъ сторонахъ по Bassini. Продолжительность операціи 1 ч. 20 м., хлороформа 22,0.

27 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

2 марта. Коллодійная повязка. 4 марта. Выписанъ.

227) Hernia inguinalis.

П. К., 58 лѣтъ. Кромѣ ревматизма ранѣе ничѣмъ не хворалъ. Лѣтъ тринадцать тому назадъ замѣтилъ у себя въ правомъ паху твердую опухоль, которая то исчезала въ брюшную полость, то появлялась опять. Въ концѣ января опухоль вышла изъ паховаго канала и вправить ее больше не удалось. Вмѣстѣ съ тѣмъ появились тянущія боли въ паху.

Больной правильнаго тѣлосложенія, питанія вполнѣ удовлетворительнаго. Въ правомъ паху, тотчасъ ниже паховаго кольца лежитъ плотная, костной консистенціи опухоль, величиной съ куриное яйцо, длинникомъ расположенная параллельно пупартовой связкѣ. Опухоль въ паховой каналъ не вправляется. Кожа надъ ней не измѣнена.

20 марта. Операція. Разрѣзъ какъ при грыжесѣченіи. Опухоль оказалась перерожденнымъ сальникомъ, заключеннымъ въ грыжевомъ мѣшкѣ. Опухоль отвязана, на мѣшокъ—кисетный шовъ, культа подтянута къ мышцамъ. Хлороформъ.

24 марта. Сняты швы. Prima intentio. 30 марта. Выписанъ.

228) Hernia inguinalis.

И. П., 40 лѣтъ. Въ молодости—уретритъ. 7 лѣтъ существуетъ правосторонняя паховая грыжа, спускается въ мошонку, вправляется, не ущемлялась, величиной болѣе гусинаго яйца. Паховое кольцо пропускаетъ 2 пальца. Бандажъ не носилъ. Больной крѣп-

каго сложенія, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны.

15 марта. Операція по Bassini.

Сращеніе мѣшка съ сальникомъ, резецированъ большой кусокъ сальника. Хлороформъ. Продолжительность операціи 1 ч. 20 м.

16 марта. Моча выпущена катетеромъ.

19 марта. Сняты швы. Prima intentio. Коллодійная повязка.

24 марта. Выписанъ.

229) Hernia inguin.

Т. Ш., 23 лѣтъ, женатъ крестьянинъ. Отецъ здоровъ, мать страдаетъ одышкой. Самъ больной до настоящаго заболѣванія пользовался хорошимъ здоровьемъ. 6 лѣтъ тому назадъ въ правой паховой складкѣ замѣтилъ опухоль, которая постепенно спускалась въ мошонку. Бандажа не носилъ.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе хорошее. Органы груди и живота никакихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Имѣется правосторонняя паховая грыжа, величиной болѣе куринаго яйца, легко вправимая, не ущемлялась.

19 января. Операція по Bassini съ тѣмъ видоизмѣненіемъ, что культя грыжевого мѣшка лигатуркой подтянута къ мышечной стѣнкѣ. Операція продолжалась 50 минутъ, хлороформ. 18,0.

23 января. Первая перевязка. Сняты швы. Prima intentio.

26 и 30 января. Перевязки. Температура нормальна

31 января. Выписанъ.

230) Hernia inguinal.

И. П., 22 лѣтъ, холостъ, студентъ-технологъ. Грыжа существуетъ съ дѣтства. Носилъ бандажъ.

Больной высокаго роста, узкогрудый. Грыжа лѣвосторонняя паховая, немного больше голубинаго яйца, вправляется, въ мошонку не спускается, не ущемлялась. Лѣвое яичко тоже не спускается въ мошонку, меньше нормальнаго. Паховое кольцо пропускаетъ указательный палецъ.

31 марта. Операція по Bassini. Грыжа не врожденная. Лѣвое яичко сильно атрофировано, въ мошонку низвести его не удалось, почему удалено. Продолжительность операціи 55 мин. Хлороформа 20,0.

5 апрѣля. Сняты швы. Повязка съ коллодіемъ.

9 апрѣля. Боль вверху раны и небольшой инфильтратъ. Температура 38,7.

10 апрѣля. Температура 38,6. Распущена вся рана. Вышло около столовой ложки гноя. Температура 39.

15 апрѣля. Температура 36,7. Выписался.

231) Hernia inguin. sinistra.

П. М., 1 г. 8 м. Грыжу замѣтили на 3-мъ мѣсяцѣ. Въ настоящее время она величиной съ куриное яйцо, легко вправляется. Въ остальномъ мальчикъ здоровый, хорошо упитанный.

15 марта. Операція по Bassini.

19 марта. Сняты швы. Prima intentio.

22 марта. Выписанъ.

231) Hernia inguin. dextra.

М. Б., 3 лѣтъ. Грыжа появилась на 3-мъ мѣсяцѣ отъ рожденія, легко вправлялась. Кромѣ этого ничѣмъ не страдалъ. Питаніе хорошее. Внутренніе органы здоровы. Правосторонняя грыжа въ куриное яйцо. Паховое кольцо пропускаетъ указательный палецъ.

19 марта. Операція по Bassini. Коллодійная повязка.

23 марта. Сняты серфины. Температура все время нормальна.

25 марта. Выписанъ.

233) Hernia inguinalis.

Е. Г., 49 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжа появилась два года тому назадъ послѣ поднятія тяжести. Носилъ бандажъ.

Правильнаго сложенія, питанія очень хорошаго. Тоны сердца глуховаты. Въ правомъ паху грыжа съ куриное яйцо. Вправляется, не ущемлялась, въ мошонку не спускается. Паховое кольцо шириной около $1^1/_2$ пальцевъ.

22 марта. Операція по Bassini. Продолжительность 35 м. Хлороформъ.

26 марта. Сняты швы. Первое натяженіе. Коллодійная повязка.

3 апрѣля. Выписался.

234) Heruia inguin. dextra recidiva.

И. В., 34 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Грыжа съ правой стороны появилась въ апрѣлѣ 1901 г. Въ ноябрѣ былъ оперированъ. Черезъ 7 мѣсяцевъ грыжа рецидивировала. Кольцо свободно пропускаетъ указательный палецъ.

15 января. Операція. Задней стѣнки и подтягиванія мѣшка сдѣлано не было.

18 января. Сняты швы. Prima intentio.

26 января. Выписанъ.

235) Heruia inguinalis.

П. П., 30 лѣтъ, холостъ, печникъ. Правосторонняя грыжа существуетъ около 3-хъ лѣтъ. 16 марта. Herniotomia по Bassini.

20 марта. Сняты швы. Prima intentio. 28 марта. Выписанъ.

236) Hernia iuguinalis dextra.

Н. М., 40 лѣтъ, женатъ. Грыжей страдаетъ около 10 лѣтъ. Бандажа не носилъ. Ущемленій не было. 14 февраля. Операція по Bassini.

18 февраля. Сняты швы. Зажило гладко. 21 февраля. Поднялась температура. Подкожный гнойникъ. Рана разведена. Перевязки каждый день. Рана хорошо гранулировала. Выдѣлилось 4 лигатуры.

10 марта. Выписался съ небольшой поверхностной раной.

237) Hernia inguinalis dextra.

М. Ц., 12 лѣтъ, ученикъ. Грыжу замѣтилъ года три тому назадъ. При изслѣдованіи яичко вмѣстѣ съ грыжевымъ мѣшкомъ уходитъ въ паховой каналъ.

12 марта. Операція по Bassini. Грыжа врожденная.

16 марта. Сняты швы. Prima intentio.

12 марта. Выписанъ.

238) Hernia inguin. sinistra.

В. Е., 19 лѣтъ, студентъ. Лѣвосторонняя паховая грыжа существуетъ съ дѣтства. Яичко лѣвой стороны сильно атрофировано, величиной съ воложскій орѣхъ. Правое—нормально. Penis очень слабо развитъ, по величинѣ близокъ къ дѣтскому.

29 января. Herniotomia по Bassini.

2 февраля. Сняты швы. Prima inteutio. 10 февраля. Выписанъ.

239) Hernia inguiualis bilateralis.

В. З., 65 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. 6 лѣтъ тому назадъ появилась грыжа справа; черезъ 2 года послѣ нея появилась слѣва. Бандажа не носилъ. Ущемленій не было.

21 марта. Herniotomia правосторонней грыжи. Задней стѣнки не дѣлано.

25 марта. Сняты швы. Prima intentio. 1 апрѣля. Выписанъ.

240) Hernia inguinalis.

М. 55 лѣтъ. Грыжу имѣетъ около 4-хъ лѣтъ; грыжа мошоночная, величиной съ куриное яйцо, легко вправимая, одинъ разъ ущемлялась.

30 октября. Операція подъ мѣстной анестезіей растворомъ Шлейха. Задняя стѣнка паховаго канала не образовывалась.

4 ноября. Сняты швы. Prima intentio. 8 ноября. Выписанъ.

241) Hernia inguinalis.

А. Ф., офицеръ, женатъ. Грыжа существуетъ около 2-хъ лѣтъ, легко вправляется, мошоночная, величиной съ куриное яйцо.

14 ноября. Операція по Bassini. Резецирована часть сальника.

17 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

23 ноября. Выписанъ. Самочувствіе хорошее.

242) Hernia inguinalis.

М. П., 34 лѣтъ, холостъ, студентъ-технологъ. Грыжа существуетъ нѣсколько болѣе года, спускается въ мошонку, легко вправимая.

19 ноября. Операція по Bassini. Мѣшокъ подтянутъ по Borher'у.

23 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

29 ноября. Выписанъ.

243) Hernia inguinalis sinistra.

Н. Т., 28 лѣтъ, солдатъ. Грыжа появилась въ іюнѣ т. г. послѣ поднятія тяжести. Грыжа съ голубиное яйцо, въ мошонку не спускается, не ущемлялась, бандажа не носилъ. Увеличена селезенка. Въ остальномъ здоровъ.

8 декабря. Подъ хлороформъ Herniotomia по Bassini.

12 декабря. Сняты швы. Prima intentio. 18 декабря. Выписанъ.

244) Hernia inguin. sinistra.

К. Е., 31 года, женатъ, чернорабочій. Грыжа существуетъ около 3-хъ лѣтъ, спускается въ мошонку, легко вправляется, не ущемлялась. Бандажа не носилъ. Въ остальномъ здоровъ. 1 декабря Herniotomia по Bassini. Хлороформъ.

5 декабря. Серфины сняты. Prima intentio. 11 декабря. Выписанъ.

245) Hernia inguin. dextra.

Н. Д., 13 лѣтъ. Грыжа существуетъ со дня рожденія, въ мошонку не спускается. Правое яичко уходитъ черезъ паховой каналъ въ брюшную полость.

25 ноября. Подъ хлороформомъ Herniotomia по Bassini. Яичко низведено и подшито къ кожѣ мошонки.

29 ноября. Сняты швы. Prima intentio. 5 декабря выписанъ.

246) Hernia inguin. dextra.

Н. Ч., 23 лѣтъ, холостъ, шапочникъ. Болѣлъ сифилисомъ, Имѣется правосторонняя, мошочная грыжа, легко вправимая, не ущемлялась. Бандажа не носилъ.

5 декабря. Подъ хлороформомъ Herniotomia по Bassini. Грыжа оказалась врожденной.

9 декабря. Сняты серфины. Prima intentio. 15 декабря выписанъ.

247) Hernia inguin. sinistra recid.

Д. Т., 22 лѣтъ, женатъ телеграфистъ. Грыжа появилась въ началѣ н. г. 4 апрѣля была сдѣлана операція, которая зажила съ нагноеніемъ. Въ настоящее время грыжа рецидивировала.

5 октября. Операція. Задней стѣнки не образовывалось.

9 октября. Сняты швы. Prima intentio. 12 октября. Выписался.

248) Hernia inguin. dextra.

Е. З., 41 года, женатъ, торговецъ. Грыжа появилась 4 года тому назадъ, постепенно увеличивалась. Въ настоящее время она спускается въ мошонку.

19 октября. Подъ эфиромъ Herniotomia безъ образованія задней стѣнки.

23 октября. Сняты швы. Prima intentio. 30 октября. Выписанъ.

249) Hernia inguin. dextra.

А. И., 26 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Грыжа появилась 4 мѣсяца тому назадъ, величиной съ куриное яйцо, въ мошонку не спускается, легко вправимая.

13 октября. Herniotomia по Bassini. Культя подшита къ брюшной стѣнкѣ. Хлороформа 28,0.

18 октября. Сняты швы. На мѣстѣ шва—инфильтратъ. Согрѣвающій спиртовый компрессъ.

22 октября. Швы распущены. Серозно-гнойная жидкость. Тампонъ.

24 октября. Рана закрывается. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

250) Hernia inguin. sinistra.

Больной И. И., 18 лѣтъ, холостъ. Грыжа, по словамъ больного, была съ дѣтства, такъ ему говорили родные. Самъ же сталъ замѣчать ее года два тому назадъ. Съ мѣсяцъ носилъ бандажъ.

Питаніе очень хорошее. Органы груди и живота нормальны. Лѣвое яичко атрофировано. Лѣвое паховое кольцо свободно пропускаетъ верхушку пальца.

30 сентября. Операція по Bassini.

3 октября. Вечеромъ температура 38,7. Сдѣлана перевязка. Рана чистая.

5 октября. Температура 39,6.

6 октября. Сдѣлана перевязка. Швы распущены. Вышло немного гноя. Заживленіе вторымъ натяженіемъ.

27 октября. Выписался.

252) Hernia inguin. dextra.

Я. П., 22 лѣтъ, холостъ. Грыжа существуетъ съ дѣтства, спускается въ мошонку, легко вправляется. Выпаденіе прямой кишки при натуживаніи (сант. на 10—12) появилось съ семилѣтняго возраста. Постоянные запоры.

17 октября. Операція—пришиваніе прямой кишки, причемъ удаленъ копчикъ. Эфира 135,0.

20 октября. Рана чистая. 24 октября. Слабительное.

1 ноября. При натуживаніи—выпаденіе сант. 3—4.

2 ноября. Отпали всѣ швы. 3 ноября. Рана почти закрылась.

14 ноября. Herniotomia по Bassini подъ кокаиномъ, культя подшита. Грыжа врожденная. Заднюю стѣнку не дѣлали.

18 ноября. Сняты швы. Prima intentio. 26 ноября. Выписанъ.

253) Hernia inguin. dextr. et. umbilicalis.

М. Э., 45 лѣтъ, жена чиновника, поступила въ клинику 5 марта 1907 года. Пупочная грыжа величиной въ грецкій орѣхъ, легко вправляется. Паховая—съ куриное яйцо. Остальные органы здоровы.

5 марта. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ сдѣланы грыжесѣченія пупочной и паховой грыжъ.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій. Заживленіе первымъ натяженіемъ. 17 марта больная выписалась.

254) Hernia inguinal. cong.

В. Б., 26 лѣтъ, приказчикъ изъ Минусинска, холостой, поступилъ 13 октября, выписался 28 октября 1906 года.

Грыжа существуетъ у больного отъ рожденія, носилъ и носитъ бандажъ. Послѣдніе годы грыжа стала безпокоить больного при работѣ.

Больной правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія; сердце и легкія здоровы. Въ лѣвомъ паху грыжа величиной въ куриное яйцо.

16 октября. Операція—Herniotomia по Bassini подъ хлороформомъ. Рана зашита наглухо. Послѣопераціонный періодъ текъ при нормальной температурѣ безъ осложненій. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

255) Hernia inguin. dextra.

М. В., 21 года, холостъ, чиновникъ. Грыжа появилась въ январѣ н. г. Въ настоящее время (30 октября) она достигла величины куринаго яйца, въ мошонку не спускается, вправляется легко. Внутренніе органы нормальны.

4 ноября. Herniotomia по Bassini. Наркозъ сначала хлороформенный, а потомъ эфирный.

8 ноября. Сняты швы. Prima intentio. 12 ноября. Выписанъ.

256) Hernia inguinalis bilateralis.

Л. Л., 70 лѣтъ, женатъ, купецъ. Грыжа на правой сторонѣ появилась лѣтъ 30 тому назадъ; въ настоящее время (30 октября) она имѣетъ величину гусинаго яйца, спускается въ мошонку, не ущемлялась. Лѣвосторонняя грыжа существуетъ около 20 лѣтъ, величиной—съ куриное яйцо, въ мошонку не спускается, тоже не ущемлялась. Носилъ бандажъ.

2 ноября. Подъ эфиромъ сдѣлана Herniotomia правосторонней грыжи, безъ образованія задней стѣнки. Къ грыжевому мѣшку прилежалъ мочевой пузырь, который былъ легко отдѣленъ.

6 ноября. Сняты швы. Prima intentio. 14 ноября. Выписанъ.

257) Hernia inguinal. dextra.

Т. К., 61 года, женатъ, торговецъ. Лѣтъ 15 тому назадъ въ правой паховой области была опухоль твердой консистенціи

(osteoma) величиной въ куриное яйцо; опухоль была вылущена года $1^1/_2$ тому назадъ, послѣ чего появилась на ея мѣстѣ паховая грыжа. Грыжа небольшая, въ мошонку не спускается. Больной носилъ бандажъ, ущемленій не было. Границы сердца увеличены, тоны глуховаты.

19 октября. Herniotomia по Bassini подъ эфирнымъ наркозомъ.

23 октября. Сняты швы. Первое натяженіе. 30 октября выписанъ.

258) Hernia inguinalis et umbilicalis.

Б. Э., 36 лѣтъ, замужняя. Росла хилымъ ребенкомъ. 24-хъ лѣтъ вышла замужъ. Послѣ вторыхъ родовъ замѣтила паховую грыжу, которая больную не безпокоила. Послѣ слѣдующихъ родовъ появилась пупочная грыжа. По совѣту врача больная носила бандажъ.

5 марта. Поступила въ клинику. Правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Внутренніе органы нормальны. Пупочная грыжа, величиной съ лѣсной орѣхъ и лѣвосторонняя паховая, величиной съ куриное яйцо.

6 марта. Herniotomia обѣихъ грыжъ пупочной съ обычнымъ ромбовиднымъ разрѣзомъ и поперечными швами; паховой—безъ образованія задней стѣнки. Хлороформа 40,0. Продолжительность операціи 1 часъ.

11 марта. Сняты швы съ паховой грыжи всѣ, съ пупочной черезъ одинъ. Prima intentio.

13 марта. Сняты остальные швы. 17 марта. Выписалась.

259) Hernia inguinalis dextra.

А. П., 67 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Крѣпкаго тѣлосложенія. Грыжу замѣтилъ у себя 2—3 недѣли тому назадъ. Она безпокоила больного, была болѣзненна и при ходьбѣ и при надавливаніи. 18 сентября поступилъ въ клинику. Грыжа величиной съ куриное яйцо, въ мошонку не спускается.

22 сентября. Herniotomia. Грыжевой мѣшокъ воспаленъ, рубцово измѣненъ. Задняя стѣнка паховаго канала не образовывалась.

26 сентября. Сняты швы. Prima intentio. 2 октября. Выписанъ.

260) Hernia inguin. bilateralis.

С. А., 35 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Грыжа на правой сторонѣ появилась на 15 году жизни, на лѣвой—на 21-мъ. Носилъ бандажъ. Правая грыжа нѣсколько разъ ущемлялась. 20 сентября поступилъ въ клинику. Больной хорошаго питанія крѣпкаго тѣлосложенія. Грыжа на правой сторонѣ величиной въ кулакъ,

вправляется легко. На лѣвой сторонѣ—въ голубиное яйцо, въ мошонку не спускается.

28 сентября. Herniotomia по Bassini правосторонней грыжи.

1 октября. Сняты швы. Prima intentio. 7 октября. Выписанъ.

261) Hernia inguinal. dextra.

К. А., 22 лѣтъ, студентъ. Правосторонняя грыжа существуетъ съ дѣтства, вправляется, не ущемлялась; въ мошонку не спускается, праваго яйца въ мошонкѣ нѣтъ. Больной давно носитъ бандажъ.

20 января. Операція по Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ яйца не было, видимо оно задержано въ брюшной полости.

24 января. Сняты швы. Рана затянулась.

26 января. Большое уплотненіе въ верхнемъ углу раны разведено, выдѣлилась темно-бурая жидкость съ примѣсью гноя.

Дальше перевязки каждый день. Рана постепенно закрывается.

4 февраля. Выписанъ.

262) Hernia inguin. bilater.

И. Ч., 47 лѣтъ, чернорабочій женатъ. Съ лѣвой стороны грыжа существуетъ съ дѣтства, величиной въ голову ребенка, вправляется легко. Съ правой стороны грыжа появилась лѣтъ 8—10 тому назадъ—небольшая.

7 марта. Herniotomia обѣихъ грыжъ безъ образованія задней стѣнки. Тампоны.

9 марта. Температура 36,8—36,8. Перемѣнены тампоны.

12 марта. Сняты швы. Изъ раны на лѣвой сторонѣ выдѣляется мутная жидкость съ правой—гноевидная.

Заживленіе вторымъ натяженіемъ.

29 марта. Выписанъ съ почти закрытыми ранами.

263) Hernia inguinalis dextra.

М. К., 52 лѣтъ, замужняя. Грыжа появилась около года тому назадъ.

24 февраля. Операція. Грыжевой мѣшокъ зашитъ кисетнымъ швомъ.

28 февраля. Сняты швы. Prima intentio. 5 марта. Выписалась.

264) Hernia inguinalis dextra.

К. П., 27 лѣтъ, холостъ, чернорабочій. Грыжа появилась 7 лѣтъ тому назадъ, спускается въ мошонку, легко вправляется.

9 марта. Подъ эфиромъ Herniotomia по Bassini съ подшиваніемъ культи грыжевого мѣшка къ мышцамъ брюшной стѣнки

13 марта. Сняты швы. Prima intentio. 20 марта. Выписанъ.

265) Hernia inguin. bilater.

Ф. Д., 33 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжа правосторонняя появилась лѣтъ 10 тому назадъ, небольшая въ мошонку не спускается. Лѣвосторонняя грыжа существуетъ съ декабря мин. года, спускается въ мошонку.

10 марта. Подъ эфиромъ Herniotomia правосторонней грыжи по Bassini. Въ мѣшкѣ сальникъ, часть котораго резецирована.

14 марта. Сняты серфины. Prima intentio. 19 марта. Выписанъ.

266) Hernia inguin. dextra congenita.

М. К., 45 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжа существуетъ съ дѣтства. Наружное отверстіе паховаго канала пропускается 2 пальца. Не ущемлялась, бандажа не носилъ.

28 февраля. Подъ мѣстной анэстезіей (растворъ Schleich'а) операція типично по Bassini.

4 марта. Сняты швы. Prima intentio. 10 марта. Выписанъ здоровымъ.

267) Hernia inguin. dextra.

Р. И., женатъ, крестьянинъ. Грыжей страдаетъ 5 лѣтъ. Грыжа спускается въ мошонку, величиной съ куриное яйцо, не ущемлялась. Бандажа не носилъ. Въ остальномъ здоровъ.

31 января. Операція подъ хлороформомъ (35,0) безъ образованія задней стѣнки.

4 февраля. Сняты швы. Prima intentio. 10 февраля. Выписанъ.

268) Hernia inguinalis.

Р. К., 26 лѣтъ, женатъ. Грыжа появилась года 3 тому назадъ. Въ мошонку не спускается.

15 февраля. Подъ хлороформомъ—операція по Bassini.

20 февраля. Сняты швы. Prima intentio. 25 февраля. Выписанъ.

269) Hernia inguinalis.

А. К., 37 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжа существуетъ около 10 лѣтъ, величиной въ два кулака, легко вправимая, никогда не ущемлялась.

14 января. Операція по Bassini. Грыжевой мѣшокъ толстый, съ рубцами.

18 января. Сняты швы. Вокругъ раны большое уплотненіе.

19 января. Рана разведена. Гной.

Дальше перевязки каждый день. Рана постепенно заживала вторымъ натяженіемъ.

28 января. Выписанъ съ закрывшейся раной.

270) Hernia inguinal. dextra congenita.

К. К., 23 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжа появилась въ дѣтствѣ. Спускается въ мошонку. Паховое кольцо пропускаетъ палецъ.

8 февраля. Операція подъ хлороформомъ, по Bassini. Въ грыжевомъ мѣшкѣ приросшій сальникъ, который резецированъ.

12 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

Съ 15 февраля по 20 февраля. Бронхитъ съ повышеніемъ температуры.

22 февраля. Выписанъ здоровымъ.

271) Hernia inguinalis dextra.

Г. Ш., 60 лѣтъ, женатъ, торговецъ. 6 лѣтъ тому назадъ отъ поднятія тяжести появилась грыжа въ правомъ паху. Въ настоящее время грыжа величиной съ кулакъ, въ мошонку не спускается.

13 января. Подъ хлороформомъ операція по Bassini.

17 января. Сняты швы. Prima intentio. 21 января выписанъ.

272) Hernia inguinalis dextra.

П. Н., 27 лѣтъ, замужняя, учительница. Грыжа существуетъ около 5 лѣтъ, величиною съ куриное яйцо, не ущемлялась, вправляется легко.

3 марта. Herniotomia по Bassini. Хлороформъ.

8 марта. Сняты швы. Prima intentio. 16 марта. Выписалась.

273) Hernia inguin.

Х. Ш., 56 лѣтъ. женатъ купецъ. Около 12 лѣтъ тому назадъ замѣтилъ у себя лѣвостороннюю грыжу и съ тѣхъ поръ носитъ бандажъ. Въ настоящее время (11 ноября) грыжа величиной съ кулакъ, спускается въ мошонку, легко вправляется

13 ноября. Herniotomia по Bassini подъ хлороформомъ.

17 ноября. Сняты швы. Первое натяженіе. 26 ноября. Выписанъ.

274) Hernia inguin.

К. В., 54 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжу имѣетъ около 8 лѣтъ. Грыжа лѣвосторонняя, легко вправимая, величиной съ куриное яйцо, не ущемлялась. Бандажа не носилъ. Въ остальномъ здоровъ. 8 декабря поступилъ въ клинику.

10 декабря. Подъ хлороформомъ операція по Bassini типично.

17 декабря. Сняты швы. Prima itnentio. 21 декабря. Выписанъ.

275) Hernia inguinalis.

О. Е., 53 лѣтъ, вдовъ, чернорабочій. Грыжей страдаетъ лѣтъ около 10. Грыжа лѣвосторонняя, легко вправимая, не ущемлялась. Послѣдніе 5 лѣтъ, больной носилъ бандажъ.

20 декабря. Herniotomia по Bassini. На мѣшокъ—кисетный шовъ.

24 декабря. Швы сняты. Зажило гладко. 30 декабря. Выписанъ.

276) Hernia inguin dextra.

П. А., 24 лѣтъ, крестьянинъ. Грыжу имѣетъ съ дѣтства. Грыжа величиной съ куриное яйцо, легко вправимая, не ущемлялась, спускается въ мошонку. Бандажа не носилъ.

13 декабря. Операція по Bassini. Грыжа врожденная.

17 декабря. Сняты швы. Первое натяженіе. 24 декабря. Выписанъ.

277) Hernia inguinalis dextra.

Г. П., 22 лѣтъ, холостъ, приказчикъ. Грыжу замѣтилъ около 3-хъ лѣтъ тому назадъ. Въ настоящее время грыжа величиной съ кулакъ, спускается въ мошонку. Бандажа больной не носилъ.

16 января. Сдѣлана операція по Bassini типично. На мѣшокъ—кисетный шовъ.

20 января. Сняты швы. Prima intentio. 27 января. Выписанъ.

278) Hernia inguinalis.

П. Ч., 62 лѣтъ, вдовъ, торговецъ. Грыжей отрадаетъ лѣтъ около двадцати. Носилъ послѣдніе лѣтъ десять бандажъ. Грыжа мошоночная, легко вправимая, не ущемлялась. Легкія здоровы. Тоны сердца глуховаты.

15 января. Herniotomia по Bassini.

19 января. Швы сняты. Первое натяженіе. 27 января. Выписанъ.

279) Hernia inguinal.

О. А., 54 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Правосторонняя паховая грыжа имѣется около 10 лѣтъ. Никогда не ущемлялась. Въ настоя-

щее время (15 марта) онъ достигаетъ величины куринаго яйца. Отверстіе наружнаго кольца паховаго канала свободно пропускаетъ палецъ.

19 марта. Операція по Bassini.

23 марта. Швы сняты. Первое натяженіе. 1 апрѣля. Выписанъ.

802) Hernia inguin.

К. М., 36 лѣтъ, женатъ. Около 7 лѣтъ тому назадъ замѣтилъ лѣвостороннюю грыжу, которая все увеличивалась. 19 февраля поступилъ въ клинику. Грыжа мошоночная, величиной съ куриное яйцо.

21 февраля по Bassini типично.

25 февраля сняты швы. Зажило гладко.

26 февраля температура, 38,5.

27 февраля перевязка. На мѣстѣ рубца покраснѣніе. Спиртовый компрессъ. Температура 38,3.

28 февраля перевязка. Ясная флюктуація. Разрѣзъ—гной. Рана разведена. Дальше перевязки каждый день. Рана хорошо гранулируетъ.

14 марта. Выписанъ.

281) Hernia inguin. dextra.

Б. А., 17 лѣтъ, приказчикъ. Грыжу помнитъ съ дѣтства. Грыжа мошоночная, вправляется легко, не ущемлялась.

3 апрѣля. Herniotomia по Bassini. Грыжа врожденная.

7 апрѣля. Сняты швы. Prima intentio.

14 апрѣля. Выписанъ.

282) Hernia inguin. dextra.

45 лѣтъ, женатъ, приказчикъ. Грыжей страдаетъ лѣтъ 10. Носилъ послѣднее время бандажъ. Грыжа мошоночная, легко вправимая, не ущемлялась.

23 января. Операція типично по Bassini.

Заживленіе первымъ натяженіемъ. 6 февраля. Выписанъ.

283) Hernia inguin. dextra.

П. М., 53 лѣтъ, женатъ, мелкій торговецъ. Грыжа существуетъ около 12 лѣтъ, спускается въ мошонку, никогда не ущемлялась. Больной носитъ бандажъ.

3 апрѣля. Herniotomia по Bassini типично.

7 апрѣля. Температура 38,5—39. Мошонка отечна, красна. Положенъ компрессъ.

9 апрѣля. Температура 39,3. На мошонкѣ ясная флюктуація. Разрѣзъ. Выдѣлилось около 1/4 стакана гноя.

16 апрѣля. Правое яичко чернаго цвѣта, въ окружности ткани грязно-сѣрыя, пропитаны гноемъ. Сдѣланъ разрѣзъ яичка, выдѣлилось небольшое количество гноя. Перевязки ежедневно. Раны тампонируются. Постепенно раны очищаются отъ грязныхъ налетовъ и гранулируютъ.

27 апрѣля. Выписался по своему желанію съ гранулирующими ранами.

284) Hernia inguin. sinilstra.

Б. И., 23 лѣтъ, холостъ, студентъ. Грыжей страдаетъ съ дѣтства. Послѣдніе лѣтъ 5 носилъ бандажъ.

10 апрѣля. Операція по Bassini типично.

14 апрѣля. Сняты швы. Prima intentio.

23 апрѣля. Выбылъ.

285) Hernia inguin. sinilstra.

Р. Г., 23 лѣтъ, холостъ. Грыжу имѣетъ около 5 лѣтъ. Грыжа мошоночная, легко вправимая, никогда не ущемлялась.

3 апрѣля. Операція по Bassini типично. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

14 апрѣля. Выписанъ.

286) Hernia inguin. dextra.

П. В., 18 лѣтъ, холостъ, чернорабочій. Грыжу замѣтилъ около 3-хъ лѣтъ тому назадъ. По совѣту врача носилъ бандажъ. Грыжа вправляется легко, не ущемлялась.

18 сентября. Операція по Bassini типично. На мѣшокъ кисетный шовъ.

22 сентября. Швы сняты. Первое натяженіе. 30 сентября. Больной выписанъ.

287) Hernia inguin. sinistra.

Ю. К., 38 лѣтъ, женатъ, парикмахеръ. Грыжа существуетъ лѣтъ около 10. Постепенно увеличивается, страданій никакихъ не причиняетъ. Бандажа не носилъ. 21 сентября обратился въ клинику. Грыжа величиной съ куриное яйцо, легко вправляется.

26 сентября. Операція—Herniotomia. Косыя мышцы живота сшиты съ Пупартовой связкой надъ сѣмяннымъ канатикомъ.

30 сентября. Швы сняты. Prima intentio. 7 октября. Выписанъ.

288) Hernia inguin.

К. П., 20 лѣтъ, холостъ, приказчикъ. Грыжа существуетъ съ дѣтства, правосторонняя, величиной съ кулакъ, спускается въ мошонку, легко вправляется, не ущемлялась. Больной носитъ бандажъ.

27 сентября. Операція по Bassini. Грыжа врожденная.

1 октября. Сняты швы. Первое натяженіе. 8 октября. Выписанъ.

289) Hernia inguin dextra.

Б. В., 26 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Все время пользовался хорошимъ здоровьемъ. Грыжу имѣетъ съ дѣтства. Въ настоящее время (13 октября) грыжа величиной съ гусиное яйцо, спускается въ мошонку, легко вправляется.

15 октября. Операція по Bassini. Грыжа врожденная. На мѣшокъ—кисетный шовъ.

19 октября. Сняты швы. Первое натяженіе. 27 октября. Выбылъ изъ клиники.

290) Hernia inguin sinistra.

Т. И., 23 лѣтъ, холостъ, писецъ. Грыжу имѣетъ около 4-хъ лѣтъ. Никогда не ущемлялась; легко вправляется. Въ мошонку не спускается. 1 ноября поступилъ въ клинику,

4 ноября. Herniotomia по Bassini. Мѣшокъ пришитъ.

8 ноября. Сняты швы. Зажило гладко. 15 ноября. Выбылъ изъ клиники.

291) Hernia inguin. sinistra.

Ш. М., 52 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Грыжей страдаетъ около 15 лѣтъ. Въ послѣднее время она стала мѣшать работать: появляются сильныя боли въ лѣвомъ паху. 27 ноября поступилъ въ клинику. Грыжа величиной съ кулакъ, мошоночная, легко вправимая.

28 ноября. Herniotomia по Bassini типично. На мѣшокъ—кисетный шовъ.

2 декабря. Сняты швы. Prima intentio. 8 декабря. Больной выписанъ.

292) Hernia inguin. dextra.

И. С., 30 лѣтъ, женатъ крестьянинъ. Грыжа появилась около 11 лѣтъ тому назадъ. Въ настоящее время (18 января) она величиной съ дѣтскую головку, спускается въ мошонку, не ущемлялась, бандажа не носилъ.

25 января. Сдѣлана операція типично по Bassini.

29 января. Сняты швы. Prima intentio. Большой отекъ мошонки.

4 февраля. Выписанъ. Отекъ прошелъ.

293) Hernia inguin. sinistra.

П. Ч., 62 лѣтъ, вдовецъ, чернорабочій. Грыжа появилась годъ тому назадъ въ видѣ припухлости величиной съ лѣсной орѣхъ. Нисколько не безпокоила больного. Послѣдніе 3 мѣсяца носилъ бандажъ. Въ настоящее время (10 января) грыжа величиной съ куриное яйцо. Наружное отверстіе пахового канала свободно пропускаетъ—палецъ.

16 января. Herniotomia по Bassini. На мѣшокъ кисетный шовъ.

21 января. Сняты швы.

27 января. Выписанъ съ коллодійной повязкой.

294) Hernia inguin. dextra.

Н. К., 20 лѣтъ, студентъ. Впервые грыжу замѣтилъ у себя года 3 тому назадъ въ видѣ небольшой опухоли въ правомъ паху и съ этого времени носилъ бандажъ. Грыжа никогда не ущемлялась. Въ настоящее время (7 октября) грыжа величиной съ куриное яйцо, спускается въ мошонку.

10 октября. Подъ хлороформомъ Herniotomia по Bassini. Задняя стѣнка образована однимъ швомъ.

14 октября. Сняты серфины. Prima intentio. Первый разъ послѣ операціи помочился самопроизвольно, а до сихъ поръ моча выпускалась катетеромъ.

21 октября. Выписанъ.

295) Hernia inguin. sinistra.

Г. И., 27 лѣтъ, холостъ, хористъ. Раньше ничѣмъ не страдалъ. Грыжу замѣтилъ около 4-хъ лѣтъ тому назадъ. Бандажа не носилъ. Въ клиникѣ 4 ноября найдено: наружное отверствіе лѣваго паховаго канала свободно пропускаетъ указательный палецъ. Грыжа величиной съ голубиное яйцо.

7 ноября. Herniotomia по Bassini типично. Хлороформъ.

11 ноября. Сняты серфины. Края раны спаялись прочно.

13 ноября. При перевязкѣ на одномъ мѣстѣ по ходу разрѣза ясно ощущается подъ пальцемъ переливаніе скопившейся крови. Полость величиной съ лѣсной орѣхъ. Это мѣсто довольно болѣзненно. Кровь вытянута шприцемъ.

17 ноября. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.

296) Hernia inguin. sinistra.

А. П., 21 года, прпказчпкъ, холостъ. Грыжа существуетъ съ десятилѣтняго возраста. Съ начала появленія грыжи больной замѣтилъ еще отсутствіе лѣваго яичка. Все время носилъ бандажъ. Въ клинику поступилъ 9 января. Грыжа величиной съ куриное яйцо. Въ лѣвой сторонѣ мошонки ясно прощупывается сѣменной канатикъ, но яичка здѣсь нѣтъ.

12 января. Операція по Bassini. По вскрытіи грыжевого мѣшка изъ него выпало яичко. Попытки низвести яичко въ мошонку не увѣнчались успѣхомъ, почему оно было удалено.

16 января. Сняты швы. Prima intentio.

23 января. Выписанъ съ коллодійной повязкой.

297) Hernia inguin. dextra.

П. Т., 33 лѣтъ, женатъ фельдшеръ. Лѣтъ 10 тому назадъ больной впервые замѣтилъ грыжу, которая постепенно увеличивалась и въ настоящее время (23 февраля) достигаетъ величины куринаго яйца, спускается въ мошонку, не ущемлялась. Послѣдніе годы больной носилъ бандажъ.

24 февраля. Herniotomia по Bassini типично.

28 февраля. Сняты швы. Зажило гладко.

1 марта. Температура 38,2—38,5.

2 марта. Перевязка. По ходу разрѣза краснота. Распущена рана по рубцу, гной.

Дальше перевязки каждый день. Рана заживала хорошо. Температура больше не поднималась.

15 марта. Выписанъ.

298) Hernia iuguin. sinistra.

П. Л., 44 лѣтъ, крестьянка Минусинскаго округа замужняя, поступила въ клинику 17 января 1907 г., выписалась 27 января.

Вышла замужъ на 17 году, дѣтей не имѣла. Грыжу замѣтила у себя въ первый разъ въ декабрѣ прошлаго года во время при-

ступа сильнаго кашля. Грыжа достигаетъ величины куринаго яйца, легко вправляется, безпокойствъ больной не причиняла. Больная правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Органы груди и живота здоровы.

17 января. Произведена операція грыжесѣченія подъ хлороформомъ по Bassini. Впереди грыжевого мѣшка обнаружена была небольшая въ воложскій орѣхъ липома. Рана зашита наглухо. Послѣопераціонный періодъ протекъ при нормальной температурѣ, безъ осложненій. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

299) Hernia inguin? (Cystoma ligam. rotundae).

П. М., 34 лѣтъ, замужняя, поступила 28 октября съ жалобами на боли въ паху. При изслѣдованіи констатирована правосторонняя грыжа величиной въ куриное яйцо. Больная блѣдная, питанія слабаго, органы груди здоровы.

31 октября. Операція подъ мѣстной анэстезіей (1% cocaini). По вскрытіи паховаго канала на круглой связкѣ обнаружена киста величиной немного больше голубинаго яйца, наполненная серозной жидкостью. Киста вскрыта, мѣшокъ кисты вылущенъ. Грыжи не оказалось. Швы на апоневрозъ и кожу. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

300) Hernia inguinalis incarcerata.

К. А., 34 лѣтъ. Грыжу имѣетъ около 5 лѣтъ. Бандажа не носилъ, грыжа вправлялась. 2 дня тому назадъ послѣ усиленнаго физическаго напряженія почувствовалъ сильную боль въ лѣвомъ паху, причемъ замѣтилъ, что выпавшая грыжа не уходитъ въ брюшную полость. Газы отходили, отправленій на низъ не было. Боли все усиливались.

17 ноября. Сдѣлала операція. Кишка оказалась еще не измѣнеиной—вправлена. Herniotomia по Bassini.

22 ноября. Сняты швы. Prima intentio.

2 декабря. Выписанъ.

301) Hernia inguinalis dextra incarcerata.

Н. В., 50 лѣтъ, крестьянинъ Маріинскаго уѣзда, поступилъ въ клинику 11 декабря, выписался 23 декабря 1903 года.

Грыжа у больного существуетъ лѣтъ десять, спускалась въ мошонку, больной носилъ бандажъ. Четыре дня тому назадъ грыжа ущемилась, попытки вправить не привели ни къ чему и сопровождались сильною болью. На второй день послѣ ущемленія

была рвота; испражненія въ теченіи четырехъ дней не было, газы не отходятъ.

Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, мускулатура и подкожный жировой слой развиты умѣренно. Органы груди здоровы. Животъ вздутъ, напряженъ; при перкуссіи всюду получается тимпаническій звукъ. Въ правомъ паху опухоль, спускается въ мошонку, въ полость живота не вправляется, звукъ надъ ней тупой.

11 декабря. Сдѣлана радикальная операція грыжи по Bassini. По вскрытіи апоневроза наружной косой мышцы освобожденъ грыжевой мѣшокъ синевато-краснаго цвѣта; онъ вскрытъ между двумя пинцетами, причемъ вытекла серозно-кровянистая жидкость. Въ мѣшкѣ находилось двѣ петли тонкихъ кишекъ окутанныхъ сальникомъ, послѣдній въ видѣ узкаго тяжа былъ сращенъ съ грыжевымъ мѣшкомъ, сращенія отдѣлены тупымъ путемъ и сальникъ резецированъ на протяженіи 10 сант., петли кишекъ гиперемированы. Внутреннее грыжевое отверстіе расширено по желобоватому зонду кнаружи; кишечныя петли легко вправлены. На грыжевой мѣшокъ наложенъ кисетный шовъ, и операція закончена типично по Bassini. Въ верхній отдѣлъ раны вставленъ небольшой тампонъ изъ простой стерилизованной марли. На кожу серфины.

Тампонъ вынутъ на 3-й день, серфины на 6-й. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

23 декабря. Больной выписался.

302). Hernia incarcerata.

М. Ф., 36 лѣтъ, холостъ, конторщикъ. 23 октября поступилъ вечеромъ съ явленіями ущемленной лѣвостороннэй паховой грыжей. Грыжа ущемилмсь два дня тому назадъ. Была рвота.

Операція сейчасъ-же. Ущемленъ былъ сальникъ. Herniotomia по Bassini. Вставленъ тампонъ.

24 тепмература 38,6. Пульсъ 92, полный. Газы отходятъ.

25 перемѣненъ тампонъ. Температура 39,0.

26 гной. Рана разведена.

27 рвота. Температура 38,5.

28 ткани пропитаны многими небольшими гнойничками. Рана распущена цѣликомъ. Рвота.

29 животъ вздутъ, болѣзненъ. Пульсъ 108. Икота и рвота. Температура 38,2.

30 октября—2 ноября. Тоже.

3 ноября. Умеръ. По вскрытіи—гнойный перитонитъ.

303) Hernia inguinalis incarcerata.

Я. К., 16 лѣтъ, аптекарскій ученикъ. Грыжа существуетъ съ дѣтства. Утромъ 11 октября грыжа ущемилась, наступила рвота, боли въ животѣ, тошнота. Вечеромъ больного доставили въ клинику.

Сейчасъ-же операція—Herniotomia. Тотчасъ по разсѣченіи апоневроза m-li obliqui externi и наружнаго пахового кольца содержимое грыжевого мѣшка ушло въ брюшную полость. Окончена типически по Bassini.

16 октября. Сняты швы. Prima intentio.

19 октября. Коллодійная повязка. Выписанъ.

304) Hernia inguinalis incarcerata.

М. Б., 47 лѣтъ, женатъ, торговецъ. 9 ноября привезенъ вечеромъ въ клинику съ ущемленной правосторонней грыжей. Ущемилась сегодня въ 4 часа дня. Слабыя попытки къ вправленію не дали результатовъ. Сейчасъ-же операція. Мѣшокъ имѣлъ форму песочныхъ часовъ. Ущемлена петля тонкихъ кишекъ.

14 ноября. Сняты швы. Небольшая краснота.

16 ноября. По ходу рубца небольшой подкожный гнойникъ, вскрытъ тупымъ путемъ.

17 ноября. Гноя нѣтъ.

20 ноября. Выписанъ съ вполнѣ зажившей раной.

305) Hernia inguinalis incarcerata.

I. Ж., 20 лѣтъ, холостъ, чернорабочій. Грыжа появилась только въ октябрѣ т. г. послѣ поднятія тяжести. 19 ноября—грыжа ущемилась, на другой день больной былъ доставленъ въ клинику, гдѣ удалось грыжу вправить. Грыжа правосторонняя, въ куриное яйцо, въ мошонку не спускается: вправляется. Паховое кольцо свободно пропускаетъ указательный палецъ.

18 декабря. Herniotomia по Bassini.

22 сняты швы. Первое натяженіе.

28 коллодійная повязка. Выписанъ.

306) Hernia inguinalis dextra incarcerata.

В. С., 4 лѣтъ. Грыжа существуетъ съ годъ. Осложнена крипторхизмомъ. Въ апрѣлѣ т. г. сдѣлана операція ущемленной грыжи съ лѣвой стороны. Грыжа съ правой стороны ущемилась часа 4 тому назадъ.

Сейчасъ-же (17 октября) операція подъ хлороформомъ. Задняя стѣнка паховаго канала не образовывалась. Яичко спущено въ мошонку. Ущемилась петля тонкихъ кишекъ.

19 октября. Больного въ хорошемъ состояніи взяли домой.

307) Hernia ingulinalis incarcerata.

В. Г., 2 лѣтъ, поступилъ въ клинику 5 октября съ ущемленной правосторонней паховой грыжей. Грыжа ущемилась три дня тому назадъ, тогда-же началась рвота, испражненія и отхожденія газовъ не было. Яичекъ въ мошонкѣ нѣтъ. Грыжа съ куриное яйцо. Кожа не измѣнена.

Операція грыжесѣченія подъ хлороформеннымъ наркозомъ. Ущемлена петля тонкихъ кишекъ, ціаноточная, но съ блескомъ, вправлена; въ полости живота серозно-кровянистый мутный выпотъ. Кисетный швовъ на мѣшокъ и узловатый на апоневрозъ и кожу. Къ культѣ мѣшка—тампонъ.

Вечеромъ температура 39,6, пульсъ 140. Тошнота, рвоты не было. Два раза слабило.

6 октября. Температура нормальна, пульсъ 120. Тошноты меньше.

7 октября. Вынутъ тампонъ—сухой. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

308) Hernia cruralis, inguinalis et var haemorrh.

С. С., 47 лѣтъ, вдовецъ, кочегаръ. Лѣтъ 12 существуетъ гемморрой, послѣдніе 2 года—сильныя кровотеченія. Шишки внутреннія и наружныя. 2 года тому назадъ появились одновременно двѣ правосторонних грыжи—паховая и бедренная. Бедренная—съ куриное яйцо, легко вправимая. Паховая—нѣсколько больше, тоже вправляется легко, въ мошонку не спускается.

13 октября операція бедренной грыжи подъ кокаиномъ 1%. Отверстіе закрыто посредствомъ сшиванія фасціи m. pectinei съ Пупартовой связкой. 18 октября. Сняты швы. Prima intentio. 22 октября. Выписанъ.

309) Hernia cruralis.

М. Н., 27 лѣтъ, дѣвица, прислуга. Мѣсяца два тому назадъ появилась правосторонняя, небольшая бедренная грыжа.

19 февраля. Операція—Herniotomia.

23 февраля. Сняты швы. Первое натяженіе. 28 февраля. Выписалась.

310) Hernia cruralis dextra.

М. Б., 29 лѣтъ, купчиха гор. Иркутска, вдова, поступила въ клинику 27 ноября, выписалась 9 декабря 1906 года.

У матери и у дѣда больной по ея словамъ была грыжа въ паху. У себя больная опухоль въ паху замѣтила съ годъ тому назадъ. Опухоль появлялась только при напряженіи брюшнаго пресса, постепенно достигла величины куринаго яйца, всегда легко съ слышнымъ урчаніемъ вправлялась.

Больная средняго роста, удовлетворительнаго питанія, въ легкихъ и сердцѣ отклоненій отъ нормы нѣтъ. Подъ Пупартовой связкой справа имѣется опухоль овальной формы, эластической консистенціи, величиной съ куриное яйцо, спускающаяся въ бедренный треугольникъ, легко вправимая.

29 ноября. Операція—Herniotomia подъ эфирнымъ наркозомъ. Послѣопераціонный періодъ при нормальной температурѣ, безъ осложненій. Заживленіе первымъ натяженіемъ. 9 декабря больная выписалась.

VI. Почки.

311) Sarcoma renis.

А. Т., 30 лѣтъ, кассирша въ магазинѣ г. Новониколаевска, вдова, поступила въ клинику 30 ноября, умерла 4 января 1908 г.

Въ наслѣдствѣ заболѣваній злокачественными опухолями нѣтъ.

Больная перенесла тифъ, суставный ревматизмъ и серозный плевритъ; въ послѣднее время страдала запорами и рвотой. Въ концѣ августа настоящаго года почувствовала тупую боль въ боку, при нагибаніи боль усиливалась. Въ началѣ сентября боли стали острѣе, локализировались онѣ главнымъ образомъ въ поясничной области съ правой стороны позвоночника, въ ноябрѣ боли заставили больную бросить службу; больная замѣчала уже сама опухоль въ правой сторонѣ живота, которая быстро стала увеличиваться, почему она и обратилась въ клинику.

Status praesens. Больная средняго роста, тѣлосложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. Органы грудной полости при изслѣдованіи оказались здоровыми. Въ животѣ обнаружена большая опухоль—въ дѣтскую головку, границы ея: сверху по маммилярной линіи на два пальца не доходитъ до реберныхъ дугъ, по l alba на три пальца ниже proc. xyphoideus, влѣво заходитъ за среднюю линію до передней аксилярной, внизу стоитъ надъ малымъ тазомъ, вправо переходитъ въ поясничную область; звукъ надъ опухолью тупой, опухоль твердой консистенціи, поверхность гладкая, слегка подвижна. При надуваніи воздухомъ черезъ прямую кишку посрединѣ опухоли на мѣстѣ прежней тупости—тимпанитъ.

Изслѣдованіе мочи: суточное количество отъ 400 до 700 куб. сант. реакція нейтральная, цвѣтъ утромъ соломенный, среди дня красный, микроскопическое изслѣдованіе: присутствіе въ большомъ количествѣ гнойныхъ шариковъ, красныхъ кровяныхъ, плоскаго и почечнаго эпителія; бѣлка 1‰. При цистоскопіи: слизистая пузыря блѣдна, изъ праваго мочеточника выдѣляется кровяная моча.

1 декабря. Операція подъ эфиромъ. Широкій косой разрѣзъ отъ края 12 ребра къ cr. ostis ilei длиной сант. 10—12. По разсѣченіи подлежащихъ тканей обнаружена большая опухоль. Къ ко-

сому разрѣзу прибавленъ еще поперечный черезъ брюшную стѣнку. Опухоль оказалась спаянной съ брюшной стѣнкой и вколоченной въ малый тазъ. Удалить ее не представлялось возможнымъ.

Вскрыты полости распавшейся опухоли. Рана затампонирована, частью зашита. Больная отъ операціи оправилась, но опухоль постепенно росла—и распадалась, сильно истощая больную. 7 января. Смерть при явленіяхъ полнаго упадка силъ.

Микроскопическое изслѣдованіе опухоли подтвердило діагнозъ—круглоклѣточковая саркома почки.

312) Sarcoma renis.

Л. Б., 36 лѣтъ, еврей изъ Читы, поступилъ 10 ноября, выписался 7 декабря 1903 года.

$1^1/_2$ года тому назадъ почувствовалъ сильную боль при мочеиспусканіи причемъ съ мочей выдѣлились два цилиндра запекшейся крови, моча послѣ этого нѣкоторое время была кровянистой. Въ маѣ н. г. были какія-то боли въ лѣвой области живота, вскорѣ исчезнувшія, въ августѣ боли возобновились, и въ лѣвомъ боку больной замѣтилъ опухоль, опухоль эта быстро увеличивалась.

St. praesens. Больной средняго роста, сильно истощенъ. Лѣвую сторону живота занимаетъ опухоль съ бугристой поверхностью, границы ея: сзади доходитъ до позвоночника, вверху до 8 ребра, спереди до средней линіи живота, внизу спускается въ малый тазъ. Опухоль неподвижна, съ брюшной стѣнкой не сращена, надъ ней всюду тупой звукъ.

Количество мочи 300—500 куб. сант., насыщенно—краснаго цвѣта, реакція кислая, бѣлка и сахару нѣтъ; подъ мироскопомъ кристаллы фосфорн. и известков. солей, небольшое количество красныхъ кровяныхъ шариковъ.

26 ноября. Операція—лапоротомія. Разрѣзъ брюшной стѣнки по краю лѣваго m-li recti abd длиною сант. въ 7; черезъ этотъ разрѣзъ прощупывалась опухоль почти неподвижная, идущая вверху въ лѣвое подреберье, лежащая за брюшиной, сдѣланъ добавочный разрѣзъ кнаружи перпендикулярно къ первому, а первый продолженъ по краю ложныхъ реберъ; не смотря на это опухоль вывихнуть не удавалось, резецированъ былъ конецъ 8 ребра сант. въ 6 длиной; опухоль по прежнему оставалась какъ-бы вколоченной верхнимъ своимъ полюсомъ и высвободить ея никакъ не удавалось; по средней линіи опухоль оказалась спаянной съ позвоночникомъ и видимо съ сосудами. При освобожденіи поверхности опухоли отъ листка брюшины порвались вены, развитыя на поверхности опухоли въ значительномъ числѣ, наложить лигатуры и обшить не удавалось, такъ какъ вены рвались далѣе,

въ ранѣ оставлены были торзіонные пинцеты. Случай признанъ неоперируемымъ. Вставлены тампоны. Часть раны зашита.

Операція продолжалась 2 часа, израсходовано 110 гр. эфиру.

Послѣоперационнаго теченія безъ осложненій. Торзіонные пинцеты сняты на 4-й день. Рана зажила первымъ натяженіемъ, а на мѣстѣ тампона вторымъ у больного остались сильныя боли по направленію паховаго канала и въ лѣвой ногѣ. 7 декабря. Выписался.

Въ январѣ мѣсяцѣ 1904 г. умеръ внѣ клиники при явленіяхъ истощенія.

313) Cancer renis.

И. К., 64 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Болѣетъ 4 мѣсяца. Бываетъ кровавая моча. Правая почка прощупывается увеличенной, подвижная. Сильное исхуданіе 14 марта подъ эфиромъ Nephrectomia. Операція продолжалась $2^1/_2$ часа. Почка, увеличенная раза въ 3, удалена цѣликомъ. Во время экстирпаціи почки въ 2-хъ мѣстахъ поранена брюшина, которая была зашита. Тампонъ и швы.

16 марта. Перемѣнены тампоны. Самочувствіе хорошее. Ѣстъ молоко, бульонъ. Температура 36,9—37,5.

Перевязки дѣлались каждый день. Рана постепенно закрывалась.

10 апрѣля. Выписался съ невполнѣ закрывшейся раной.

По полученнымъ позднѣе свѣдѣніямъ черезъ $1^1/_2$ мѣсяца умеръ отъ рака правой плевры и легкаго.

314) Tubecrulosis renis.

А. С., 24 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Заболѣлъ два года тому назадъ: почувствовалъ боли въ области мочеваго пузыря, лѣчился долгое время отъ цистита. Мѣсяцъ тому назадъ въ Никольской больницѣ былъ поставленъ діагнозъ pyonephrit'a, и больной направленъ въ клинику для операціи. Больной сильно истощенъ, ходить не можетъ, сидитъ съ большимъ трудомъ, въ мочѣ много гноя, туберкулезныхъ палочекъ найдено не было. Въ брюшной полости справа прощупывается опухоль бобовидной формы, величиной въ два большихъ кулака, болѣзненная при давленіи, слегка подвижная.

29 сентября. Операція. Послѣ обнаженія почки, сдѣлано нѣсколько уколовъ шприцемъ, гноя не получили. Почка велика, бугриста. Сдѣлана nephrectomia. Тампоны. Швы.

Пульсъ слабый. При изслѣдованіи извлеченной почки оказался туберкулезный процессъ, вся паренхима превращена, въ туберкулезный распадъ. Больной постепенно слабѣлъ. 2 октября—mors

На вскрытіи—туберкулезъ второй почки, она представляла изъ себя мѣшокъ, наполненный казеознымъ распадомъ, жировое перерожденіе сердца, амилоидъ печени и селезенки.

315) Tuberculosis renis.

Н. К., 49 лѣтъ, священникъ. Въ мартѣ текущаго года послѣ простуды почувствовалъ боль въ правомъ боку. Вскорѣ моча стала гнойной. Иногда повышалась температура.

Больной очень подорваннаго питанія. Въ правомъ подреберьѣ прощупывается опухоль, спускающаяся до уровня пупка, гладкая, болѣзненная при дотрагиваніи. Печень оттѣснена влѣво. Моча мутная, густая, кислой реакціи, много бѣлка, сахару нѣтъ, обильное содержаніе гнойныхъ шариковъ.

25 октября. Почка обнажена Симоновскимъ разрѣзомъ. Изъ нея вышло много зеленаго вонючаго гноя, а затѣмъ казеозныя массы. Добавленъ поперечный разрѣзъ Почка вылущена обычнымъ путемъ. Швы и тампоны.

Перевязки каждый день. Силы больного падали съ каждымъ днемъ. Рана безжизненная, сухая.

7 ноября. Умеръ. Вскрытія не было.

316) Tuberculosis renis.

Е. Ю., 36 лѣтъ, всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Въ 1893 году появлялись по временамъ схватки въ области правой почки. 2 года тому назадъ стала страдать запорами и задержкой мочеиспусканія.

Больная правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Въ правомъ подреберьѣ прощупывается опухоль, величиной въ два кулака, плотная. Подвижность опухоли установить не удалось. Моча—кислая, содержитъ бѣлокъ, немного гнойныхъ тѣлецъ и гіалиновыхъ цилиндровъ. Сильныя боли въ области опухоли и частый позывъ къ мочеиспусканію. Температура нормальна.

24 октября. Операція. Разрѣзъ Simon'a. Въ области почки 3 кисты, стѣнки которыхъ разрушены Paquelin'омъ, получилась одна полость. Тампонъ. Продолжительность операціи 1 ч. 55 м., хлороформа 45,0.

25--29 октября. Сильныя боли. Морфій. Температура не повышена.

30 октября. Перевязка. Рана чистая.

Перевязки черезъ день. Температура иногда повышенная. Заживленіе съ нагноеніемъ. Въ области операціи небольшія боли.

7 декабря. Больная стала вставать.

30 декабря. Выписалась съ несовсѣмъ закрытой раной.

7 января. Ранка совершенно зарубцевалась.

317) Pyelo nephritis.

Ф. В., 31 года, женатъ, чиновникъ. Съ 22-хъ лѣтняго возраста сталъ злоупотреблять алкоголемъ, въ особенности послѣдніе пять лѣтъ. 6 мѣсяцевъ тому назадъ случайно замѣтилъ, что моча очень мутная, въ ней много нитей. Безъ всякаго успѣха лѣчился промываніями мочевого пузыря. 5 февраля поступилъ въ клинику. Больной хорошаго питанія. Сердце и легкія здоровы. При надавливаніи въ лѣвой подвздошной области, въ глубинѣ, ближе къ позвоночнику больной чувствуетъ боль, причемъ прощупывается круглая, неподвижная опухоль. Частые позывы къ мочеиспусканію. Въ мочѣ 1,5‰ бѣлка, большое количество гнойныхъ шариковъ и незначительное—красныхъ. Туберкулезныхъ палочекъ не найдено. Реакція слабо кислая.

12 февраля. Nephrotomia подъ эфирнымъ наркозомъ. Разрѣзъ Simona отъ свободнаго края 12 ребра къ cris. ostis ilei длиной около 12 сант. По разсѣченіи подлежащихъ слоевъ и обнаженіи почки сдѣланъ пробный проколъ шприцемъ, при чемъ обнаруженъ гной. Послѣ этого Paquelin'омъ почка вскрыта. Вышелъ гной. Тампонъ и повязка.

13—16 февраля. Перевязки ежедневно.

17 февраля. Erisypelas около раны. Переведенъ въ заразный баракъ. Ихтіоловая мазь съ коллодіемъ. Больной съ каждымъ днемъ слабѣлъ. Питался клизмами.

24 февраля умеръ.

Вскрытіе установило: pyelonephritis лѣвой почки, амилоидъ селезенки и печени. Правая почка тоже поражена гнойнымъ процессомъ, представляла собой мѣшокъ съ кашицеобразной массой.

318) Ren mobile.

В. З., 34 лѣтъ, женатъ, кондукторъ. 1½ года тому назадъ получилъ ударъ шпалой по правому боку. Съ тѣхъ поръ въ этомъ боку, особенно при поднятіи тяжестей, стали появляться сильныя боли.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Правая почка при стоячемъ положеніи спускается до пупка и легко прощупывается, болѣзненна.

19 ноября. Операція—Fixatio renis. Почку нельзя было подать въ рану, такъ что шить пришлось въ глубинѣ. Капсула тонкая,

рвалась. Наложено 6 швовъ, почка подшита къ 12 ребру и fasc. lumb. dors. Подъ почку введенъ тампонъ.

21 ноября. Подтянуты тампоны.

21 ноября. Тампоны подтянуты еще.

26 ноября. Удалены тампоны.

31 ноября. Сняты 3 шва. Почка на мѣстѣ.

2 декабря. Сняты послѣдніе швы.

Дальше перевязки черезъ день.

17 декабря. Выписался для амбулаторнаго леченія. Осталась небольшая ранка.

319) Paranephritis purul. (Abscessus pararenalis).

Больная А. П., 7 лѣтъ. До $5^1/_2$ лѣтъ пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Настоящее заболѣваніе появилось $1^1/_2$ года тому назадъ, когда дѣвочка начала жаловаться на періодическую боль въ ногахъ. 4 мѣсяца назадъ мать больной замѣтила у дѣвочки припухлость въ лѣвой половинѣ живота, увеличивавшуюся очень быстро. Опухоль была болѣзненна только при дотрагиваніи. Тѣлосложеніе правильное, питаніе плохое. Лимфатическія железы увеличены. Органы груди и пищеварительные нормальны. Въ лѣвой половинѣ живота прощупывается сферическая, величиною съ кулакъ взрослаго человѣка опухоль, однимъ концомъ упирающаяся въ лѣвое подреберьѣ, а другимъ—спускающаяся почти въ малый тазъ. Консистенція опухоли мягкая, встрѣчаются небольшіе твердые узлы, мѣстами ощущается флюктуація. Печень и селезенка нормальны. Въ мочѣ ничего патологическаго не найдено. Температура лихорадочная.

20 ноября. Сдѣлана операція. Разрѣзъ параллельно нижнему краю 12 ребра.

По вскрытіи поверхностной фасціи выдѣлилось много гноя. Опухоль оказалась нарывомъ околопочечной клѣтчатки. Въ рану вставленъ тампонъ. Заживленіе шло при хорошемъ самочувствіи больной.

Больная выписалась совершенно здоровой.

VII) Мочевой пузырь.

A) Камни мочевого пузыря.

По поводу камней мочевого пузыря сдѣлано всего семь высокихъ камнесѣченій; при чемъ мочевой пузырь обыкновенно наглухо не зашивался, а вшивался въ кожную рану, послѣдняя сужалась двумя-тремя швами въ верхнемъ отдѣлѣ; такимъ образомъ послѣопераціонное леченіе велось при открытой ранѣ. Полное зарубцеваніе раны наступало черезъ различные промежутки времени: самое раннее черезъ 20 дней, самое позднѣе черезъ 78 дней; одинъ больной выписался съ незакрывшимся свищемъ черезъ 69 дней послѣ операціи; въ среднемъ полное заживленіе наступило черезъ 43 дня, по возрасту больные распредѣляются такъ: до 5 лѣтъ—1; отъ 5 до 10—1, отъ 10—20—2; отъ 20—30—1; отъ 30—40—1; и 1 б. 55 лѣтъ.

B) Одинъ случай рака мочевого пузыря.

Опухоль локализировалась на задней стѣнкѣ пузыря, на операціи оказалась спаянной съ влагалищемъ и маткой, почему случай признанъ неоперируемымъ.

320) Calculus vesicae urinariae.

Н. П., 4 лѣтъ. Около $2^1/_2$ лѣтъ тому назадъ родители ребенка замѣтили у него безпокойство при мочеиспусканіи. Съ теченіемъ времени моча стала останавливаться, ребенокъ плакалъ. Для ослабленія боли мальчикъ постоянно держался за Penis и настолько привыкъ къ онанизму, что постоянно занимается имъ. При изслѣдованіи въ клиникѣ 13 ноября щупомъ констатированъ камень мочевого пузыря.

13 ноября. Сдѣлано Sectio alta обычнымъ способомъ, камень величиной съ бобъ. Операція продолжалась 20 мин. Рана оставлена открытой, только въ верхнемъ отдѣлѣ три шва на кожу.

17 ноября. Удалены швы.

18 ноября. Мочится частью черезъ мочеиспускательный каналъ.

27 ноября. Мочится только черезъ мочеиспускательный каналъ. Рана закрывается.

5 декабря. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.

321) Calculus vesicae urinariae.

К. Ф., 37 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Лѣтъ пять тому назадъ сталъ замѣчать боли при мочеиспусканіи. По временамъ струя мочи сразу прерывалась. Изрѣдка въ мочѣ появлялась кровь. 19 сентября поступилъ въ клинику.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе ослаблено. Легкія и сердце здоровы. Щупомъ ясно опредѣляется камень въ мочевомъ пузырѣ. Реакція мочи щелочная, въ мочѣ гной и кровь.

24 сентября. Sectio alta. Осложненій никакихъ не было. Извлеченъ камень величиной съ лѣсной орѣхъ. Рана открытая. Вставлены дренажи.

26 сентября. Самочувствіе хорошее.

30 сентября. Дренажи вынуты. Швы сняты.

Перевязки дѣлались каждый день. Рана закрывалась медленно.

2 декабря. Повязка смочена мочей очень слабо.

8 декабря. Повязка сухая.

12 декабря. Больной выписанъ съ закрытой раной.

322) Calculus vesicae urinariae.

Х. А., 10 лѣтъ, сынъ крестьянина. Около 3-хъ лѣтъ мальчикъ страдаетъ болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ. По временамъ въ мочѣ показывалась кровь.

29 марта поступилъ въ клинику. Щупомъ ясно опредѣляется камень. Въ остальномъ здоровъ.

2 апрѣля. Sectio alta подъ хлороформомъ. Камень извлеченъ легко.

Рана открытая, на кожу въ верхнемъ отдѣлѣ два шва.

5 апрѣля. Сняты швы.

Рана постепенно закрывалась. Перевязки каждый день.

25 апрѣля. Выписанъ съ небольшимъ свищемъ.

323) Calculus vesicae urinariae.

Н. Ш., 55 лѣтъ, торговецъ. Боленъ 4 года, болѣзненное мочеиспусканіе, кровь въ мочѣ. Моча нейтральная; подъ микроскопомъ эпителій мочевого пузыря.

28 января. Sectio alta Леченіе съ открытой раной.

9 апрѣля. Заживленіе гладкое. Остался свищъ, пропускающій пуговчатый зондъ. Выписался.

324) Fistula post operationem setionis altae.

Н. Ш., 55 лѣтъ. Въ прошломъ году больному была сдѣлана операція высокаго камнесѣченія. Послѣ операціи осталась фистула, которая не закрылась до настоящаго времени.

29 сентября. Края фистулы освѣжены. Вставленъ дренажъ.

6 октября. Дренажъ удаленъ. Рана значительно съузилась Моча черезъ рану выдѣляется, но идетъ и черезъ уретру.

12 октября. Моча черезъ рану не идетъ.

18 октября. Рана закрылась. Выписанъ.

325) Calculus vesicae urinariae.

Л. Р., 17 лѣтъ, хлѣбопашецъ. Лѣтъ 6 тому назадъ стали появляться боли при мочеиспусканіи въ началѣ и въ особенности въ концѣ его. Иногда задерживалась моча. Съ прошлаго года послѣ мочеиспусканія стала показываться кровь. Больной питанія удовлетворительнаго. Подъ наркозомъ щупомъ найденъ камень, въ мочевомъ пузырѣ. Моча слабо щелочная, содержитъ бѣлокъ, много кристалловъ трипель фосфатовъ.

15 декабря. Sictio alta. Удаленъ камень вѣсомъ 20,0. Пузырь не зашитъ, вставлена резиновая отводящая трубка. 2 тампона.

Перевязки каждый день. Рана постепенно закрывается.

15 января. Рана почти закрылась. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

326) Calculus vesicae urinariae.

И. К., 29 лѣтъ, пограничный стражникъ, поступилъ въ клинику 18 октября 1903 г., выписался 25 ноября 1903 года.

Принятъ съ жалобами на боли въ области мочевого пузыря. особенно усиливающіяся при мочеиспусканіи; моча выдѣляется тонкой струей съ перерывами; крови въ мочѣ не наблюдалось. Катетеризація очень болѣзненна, вызываетъ спазмы уретры; введенный щупъ показалъ присутствіе камня въ мочевомъ пузырѣ. Моча щелочной реакціи, богата солями, подъ мискроскопомъ гнойные шарики въ небольшомъ количествѣ.

По разсказу больного, заболѣлъ онъ въ апрѣлѣ мѣсяцѣ—затруднено было мочеиспусканіе, по совѣту товарища онъ вставилъ въ уретру восковую свѣчу, которая будто-бы сломилась у него въ уретрѣ, послѣ чего вскорѣ онъ почувствовалъ указанныя выше болѣзненныя явленія. Остальные органы здоровы.

20 октября. Операція Sictio alta. Извлеченъ камень вѣсомъ въ 12 grm. Мочевой пузырь не зашитъ. На верхній отдѣлъ раны на-

ложены два шва. Заживленіе шло per granulationem безъ всякихъ осложеній. Съ 12 ноября сталъ мочится per urethram, моча постепенно пріобрѣла кислую реакцію; къ 25 ноября рана закрылась, остался на ея мѣстѣ вдавленный рубецъ и больной выписался совершенно здоровымъ.

Камень фосфатъ, ядро его составляетъ ясно видная макроскопически восковая свѣча, свернутая въ клубокъ.

327) Calculus vesicae urinariae.

П. Ш., 15 лѣтъ, крестьянинъ. 5 лѣтъ страдаетъ задержаніемъ мочи и болями при мочеиспусканіи. При изслѣдованіи мочевого пузыря щупомъ обнаруженъ камень. Больной сильно истощенъ.

25 февраля. Подъ хлороформомъ Sectio alta Камень мягкій, при извлеченіи раскрошился. Пузырь подшитъ къ брюшнымъ стѣнкамъ.

28 февраля. Моча гнойная. Промываніе пузыря борной кислотой. Urotropin внутрь.

1 марта. Вымывается песокъ.

Дальше каждый день промываніе пузыря раств. ляписа 1:3000. Моча становилась чище. Рана постепенно закрывалась.

20 марта. Выписанъ для амбулаторнаго личенія.

в) Ракъ мочевого пузыря.

328) Cancer vesicae urinariae.

А. Т., 52 лѣтъ, вдова. Съ $^1/_2$ года тому назадъ стала чувствовать частые позывы къ мочеиспусканію; появились боли при мочеиспусканіи и кровь въ мочѣ. Больная сильно истощена. Температура высокая. Органы груди здоровы. При изслѣдованіи живота внизу чувствуется сильная боль при надавливаніи. Per vaginam прощупывается сильно утолщенная, болѣзненная задняя стѣнка мочевого пузыря. Въ мочѣ бѣлокъ, реакція щелочная, подъ микроскопомъ—масса кровяныхъ шариковъ. Камня констатировать не удалось. Цистоскопомъ установлено существованіе опухоли.

22 сентября. Secto alta. По вскрытіи пузыря оказалась опухоль распадающаяся, занимающая всю заднюю стѣнку пузыря, послѣдняя неподвижна, спаяна съ маткой. Въ виду неподвижности и распространенности опухоли операція прекращена. Швы. Трубочка для стока мочи.

25 сентября. Больная слабѣетъ.

30 сентября. Пульсъ слабый. Движенія затруднительны.

2 октября. Сильная слабость. Конечности холодны.

3 октятря. Mors. Вскрытія не было.

VIII) Яичко, сѣмянной канатикъ и мочеиспускательный каналъ.

Къ этому отдѣлу отнесено: a) 15 операцій водянки яичка и одна по поводу кровоизліянія въ собст. оболочку яичка. Всѣ операціи Hydrocele дѣлались по Bergman'у, b) 9 операцій по поводу расширенія венъ сѣм. канатика и одна по поводу водянки сѣм. канатика. Операціи Varicocele дѣлались съ отсѣченіемъ части мошонки и образованіемъ т. о. естественнаго суспензорія. c) Опухоли яичка —4 случая, три туберкулеза и одинъ саркомы яичка и одинъ случай саркомы сѣмянного канатика. d) четыре случая наружной утретротоміи по поводу стриктуры и свища уретры.

d) Водянка яичка.

329) Hydrocele.

М. Ф., 11 мѣс. Мѣсяца два тому назадъ мать замѣтила у ребенка припуханіе лѣваго яичка. Въ настоящее время (11 октября) оно величиной въ куриное яйцо.

12 октября. Операція. По вскрытіи tunicae vaginalis propriae выдѣлилось небольшое количество жидкости. Яичко было увеличенное, красноватое и напряженное. Послѣ пробнаго прокола черезъ бѣлочную оболочку, получили серозно-кровянистую жидкость.

14 октября. Сняты швы. Prima intentio. 16 октября. Выписался.

330) Hydrocele.

Ш. М., 16 лѣтъ, гимназистъ. Уретрита не имѣлъ. Около 2-хъ лѣтъ тому назадъ замѣтилъ увеличеніе лѣваго яичка, что сопровождалось довольно сильными болями, при ходьбѣ. 26 декабря поступилъ въ клинику. Имѣется лѣвосторонняя водянка яичка. Въ остальномъ здоровъ.

28 декабря. Операція по Bergman'у.

31 декабря. Сняты швы. Зажило гладко. 3 января, больной выписался.

331) Hydrocele.

И. С., 65 лѣтъ, женатъ, плотникъ. Триппера въ анамнезѣ нѣтъ. Опухоль въ лѣвой сторонѣ мошонки появилась 3 года тому назадъ. Въ настоящее время она достигаетъ величины кулака, просвѣчиваетъ, въ паховой каналъ не уходитъ.

23 марта. Операція по Bergmaл'у. Tunica vaginal proria сильно утолщена, яичко увеличено въ объемѣ. Продолжительность 40 мин. хлороформа 20,0. Вставленъ тампонъ.

25 марта. Перевязка. Тампонъ удаленъ. Довольно значительный отекъ. Температура нормальна. Перевязка черезъ день.

29 марта. Рана совсѣмъ закрылась. Отекъ меньше. Выписанъ.

332) Hydrocele.

Т. М., 27 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Триппера и травмы въ анамнезѣ нѣтъ. Безъ всякой видимой причины лѣтъ 5 тому назадъ стала опухать правая половина мошонки.

Больной сложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны. Правую половину мошонки занимаетъ опухоль величиной нѣсколько больше кулака, эластической консистенціи, просвѣчивающая, въ паховый каналъ не проходитъ.

8 марта. Операція по Bergaman,у, продолжительность 30 м., хлороформа 15,0.

12 марта. Сняты швы. Prima intentio.

15 марта. Коллодійная повязка.

16 марта. Выписанъ.

333) Hydrocele.

Н. Д., 48 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Года 3—4 тому назадъ болѣлъ трипперомъ. Съ годъ назадъ появилась опухоль лѣваго яичка. Крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны. Въ лѣвой половинѣ мошонки опухоль, ве-величиной около 2-хъ кулаковъ, эластической консистенціи, флюктуирующая, просвѣчивающая, въ паховое кольцо не продолжается.

26 января. Операція по Bergman'у. Продолжительность операціи 45 минутъ, хлороформа 20,0. Въ нижній уголъ раны маленькій тампонъ.

28 января. Перевязка. Тампонъ вынутъ. Небольшой отекъ.

30 января. Сняты швы. Prima intentio.

4 февраля. Повязка съ коллодіемъ. Отека почти нѣтъ. 5 февраля. Выписанъ.

334) Hydrocele.

И. В., 55 лѣтъ, женатъ, плотникъ. Происходитъ изъ здоровой семьи. Самъ больной въ дѣтствѣ перенесъ оспу, въ зрѣломъ возрастѣ горячку. 19-ти лѣтъ отъ травмы у больного появилась опухоль лѣваго яичка, которая прошла скоро безъ леченія. Съ годъ тому назадъ въ лѣвой сторонѣ мошонки сталъ замѣчать припухлость постепенно увеличивавшуюся. 10 дней тому назадъ послѣ усиленной работы опухоль увеличилась сразу намного. Гонорреи въ анамнезѣ нѣтъ.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. Органы груди и живота нормальны.

18 декабря. Операція по Bergman'у.

23 декабря. Выписанъ. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

335) Hydrocele.

А. В., 45 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Лѣтъ 18 назадъ имѣлъ трипперъ, одновременно съ этимъ замѣтилъ припуханіе лѣваго яичка. Постепенно, но медленно яичко увеличивалось.

Роста средняго, тѣлосложенія крѣпкаго. Въ мошонкѣ—съ лѣвой стороны—опухоль яицевидной формы, величиной въ два кулака, доходитъ до наружнаго паховаго отверстія, но въ паховой каналъ не проходитъ. Опухоль напряженная, слегка флюктуируетъ, просвѣчиваетъ всюду. Лѣвое яичко не прощупывается.

3 января. Операція. Разрѣзъ по длинѣ опухоли сант. въ 7. Выпущена жидкость, tunica vaginalis propria удалена. Рана зашита съ тампономъ. Продолжительность операціи 35 минутъ, хлороформа 25,0.

5 января. Перевязка. Тампонъ сухой.

7 января. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

8 января. Края раны поверхностно разошлись на протяженіи 4-5 сант. Перевязки съ мазью Микулича.

10 и 12 января. Перевязки. 15 января. Выписался.

336) Hydrocele.

В. А., 37 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Всегда отличался хорошимъ здоровьемъ. Лѣтъ пять тому назадъ имѣлъ трипперъ, осложненный правостороннимъ epedydimit'омъ. Вслѣдъ за этимъ сталъ замѣчать опухоль, постепенно увеличивавшуюся, въ правой сторонѣ мошонки. Осенью прошлаго года опухоль стала быстро рости, но боли, какъ и прежде не причиняла.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе отличное. Органы груди и живота нормальны. Правое яичко лежитъ позади опухоли упругой, просвѣчивающей, достигающей величины болѣе гусиннаго яйца.

7 января. Операція. Разрѣзъ длиной 6 сант. отъ корня penis'а книзу. Tunica vaginalis propria содержала около 300,0 жидкости. Вылущена. Наложены швы. Хлороформа 22,0.

11 января. Сняты швы. Prima intentio. Небольшой отекъ мошонки.

14 января. Перевязка. Отекъ пропалъ. 15 января. Выписанъ.

337) Hydrocele.

А. Ф., 4 лѣтъ. Врожденное лѣвостороннее hydrocele, величиной съ куриное яйцо. 20 февраля. Операція по Bergman'у.

23 февраля. Сняты швы. Prima intentio. 24 февраля. Выписался.

338) Hydrocele.

А. К., 20 лѣтъ, семинаристъ. Ничѣмъ никогда не хворалъ. Нѣсколько разъ ушибалъ лѣвое яичко, которое мѣсяца три тому назадъ стало увеличиваться въ объемѣ. Правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Съ лѣвой стороны hydrocele величиной съ кулакъ.

27 сентября. Операція по Bergman'у. Наркозъ сначала хлороформенный, потомъ эфирный. Тампонъ небольшой. Швы.

29 сентября. Тампонъ удаленъ. Небольшой отекъ.

1 октября. Prima intentio. Сняты швы.

3 октября. Отекъ прошелъ. Больной выписанъ.

339) Hydrocele.

В. Ч., 51 года, женатъ. Въ молодыхъ годахъ страдалъ хроническимъ уретритомъ. 4 года тому назадъ стало безъ боли опухать правое яичко, и въ настоящее время достигло величины дѣтской головки.

30 ноября. Подъ хлороформомъ операція по Bergman'у.

2 ноября. Сняты швы, черезъ одинъ. 5 ноября. Сняты остальные швы. Prima intentio.

7 ноября. Выписанъ.

340) Hydrocele dextra.

Ш. Е., 70 лѣтъ, вдовецъ, торговецъ. Все время пользовался хорошимъ здоровьемъ. 9 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтилъ, что въ правой половинѣ мошонки растетъ какая-то болѣзненная опухоль,

по поводу которой 16 декабря обратился въ клинику. Внутреннiе органы здоровы. Имѣется лѣвосторонняя водянка яичка.

18 декабря. Подъ кокаиномъ операцiя по Bergman'у.

21 декабря. Сняты швы. Заживленiе гладкое. 23 декабря. Выписанъ.

341) Hydrocele.

Ч. П., 30 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Уретритомъ не страдалъ. Года два тому назадъ сталъ замѣчать припуханiе лѣвой половины мошонки. 20 марта поступилъ въ клинику. Имѣется лѣвосторонняя водянка яичка. Въ остальномъ здоровъ.

21 марта. Операцiя по Bergman'у.

24 марта. Сняты швы. Рана спаялась. На мѣстѣ разрѣза краснота. Температура вечеромъ 38,5.

25 марта. Рана разведена—гной.

Перевязки каждый день. Рана постепенно очищалась и гранулировала.

12 апрѣля. Выписанъ.

342) Hydrocele.

М. Б., 51 года, женатъ. $1^1/_2$ года тому назадъ страдалъ лѣвостороннимъ орхитомъ. Боли скоро прошли, но яйцо постепенно увеличивалось, а въ настоящее время имѣетъ величину дѣтской головки.

17 декабря. Операцiя по Bergman'у. Хлороформъ.

20 декабря. Сняты швы. Первое натяженiе. 22 декабря. Выписанъ.

343) Hydrocele.

С. Ж., 40 лѣтъ, холостъ, кузнецъ. 20 лѣтъ тому назадъ страдалъ уретритомъ. Вскорѣ появилась водянка яичка.

6 февраля. Подъ $1^0/_0$ кокаиномъ операцiя по Bergman'у.

16 февраля. Сняты швы. Prima inientio. 14 февраля. Выписанъ.

344) Periorchitis haemorrhagica.

Больной А. П., 42 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Заболѣлъ 5 лѣтъ тому назадъ. Сразу опухло лѣвое яичко, опухоль достигла съ самаго начала такой величины, какъ теперь и все время оставалась въ томъ-же видѣ, только по временамъ становилась мягче. Опредѣленнаго этiологическаго момента указать не можетъ. Ушибалъ нѣсколько разъ, трипперъ имѣлъ.

Роста средняго. Крѣпкаго тѣлосложенія. Хорошо упитанный. Въ лѣвой половинѣ мошонки опухоль, величиной въ два кулака, занимающая нижній отдѣлъ мошонки, до наружнаго паховаго кольца не доходитъ пальца на 3, яицевидной формы. Длинный діаметръ направленъ спереди назадъ. Опухоль напряженной консистенціи, мѣстами ощущается зыбленіе. Лѣвое яичко не прощупывается, сѣмянной канатикъ прощупывается видимо неизмѣненнымъ, правое яичко отодвинуто опухолью вверхъ. Другіе органы нормальны.

7 января. Операція. По вскрытіи tunicae vag. propriae выдѣлилась кровянистая жидкость и сгустки крови. Яичко и особенно придатокъ пронизаны соед. ткнью. Яичко удалено. Тампонъ. Швы. Продолжительность операціи 55 мин., хлороформа 25 гр.

9 января. Перевязка. Тампонъ сухой.

11 января. Сняты швы.

14 января. Въ верхней части разрѣза, гдѣ вставленъ былъ тампонъ, отошла лигатурка. Свищъ въ $^1/_2$ сант. глубиной.

17 января. Заживленіе per granulationem. На мѣстѣ тампона небольшой поверхностный свищикъ.

20 января. Выписанъ.

e) Расширеніе венъ сѣмянного канатика.

345) Varicocele.

Больной И. Р., 26 лѣтъ, студентъ, холостъ. Заболѣваніе началось приблизительно лѣтъ 7-8 тому назадъ. Годъ тому назадъ былъ трипперъ.

Роста средняго, сложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Въ лѣвой половинѣ мошонки отъ яичка къ паховому каналу идетъ извитой тяжъ венъ толщиной въ мизинецъ, у наружнаго паховаго отверстія переходящій въ нормальный (на ощупь) сѣмянной канатикъ.

16 января. Операція. Наложены зажимы на мошонку. Свободная часть удалена. Отсепарованъ тяжъ венъ, наложены лигатуры и удаленъ участокъ приблизительно въ 6-7 сант. На мошонку швы. Операція продолжалась 1 ч. 10 м., хлороф. 28,0.

18 января. Температура веч. 38. Самочувствіе хорошее. Кашель.

20 января. Перевязка. Сняты швы. Въ двухъ швахъ кожа подвернулась. Небольшой отекъ мошонки.

22 января. Перевязка. Отекъ мошонки. 24 января. Перевязка съ мазью Микулича.

28 января. Выписался.

346) Varicocele.

Пр. Н., 24 лѣтъ, холостъ, студентъ. Заболѣлъ 2 года тому назадъ: появились тянулція боли въ лѣвомъ яичкѣ. Съ лѣвой стороны мошонки прощупывается сосудистый шнуръ съ расширенными венами.

23 февраля. Обычнымъ способомъ ампутирована часть мошонки. Расширенныя вены резецированы.

27 февраля. Сняты швы. Prima intentio. 1 марта. Выписанъ.

347) Varicocele.

М. С., 22 лѣтъ, холостъ, студентъ-технологъ. 2 раза имѣлъ трипперъ. Расширеніе венъ сѣменного канатика имѣетъ съ дѣтства.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Вены, подходящія къ лѣвому яичку, сильно извиты и расширены.

27 октября. Операція. Продолжалась 50 мин., эфира 130,0. Часть мошонки отсѣчена между зажимами. Расширенныя вены отсепарованы и изсѣчены.

31 октября. Сняты швы. Кожа немного подвернулась. По ней кайма гноя.

6 ноября. Рана почти закрылась. Выписался.

348) Varicocele.

Б. Б., 21 года, холостъ, студентъ. Въ апрѣлѣ 1905 г. захворалъ трипперомъ, который былъ залѣченъ, но больной сталъ чувствовать тянущія боли въ лѣвой половинѣ мошонки. Боли все усиливались, и наконецъ заставили обратиться 17 декабря въ клинику. Въ лѣвой половинѣ мошонки прощупывается тяжъ расширенныхъ венъ. Въ остальномъ здоровъ.

18 декабря. Операція—изсѣченіе расширенныхъ венъ, обычнымъ способомъ.

Заживленіе шло съ осложненіемъ абсцессомъ, вѣроятно отъ лигатуры, наложенной на центральный конецъ вены. 26 декабря абсцессъ вскрытъ. Больной выписанъ съ рубцующейся раной 3 января.

349) Varicocele.

Д. М., 21 года, холостъ, кожевникъ. Расширеніемъ венъ сѣменного канатика страдаетъ съ прошлаго года. Носилъ суспензорій.

4 октября. Операція—удаленіе расширенныхъ венъ обычнымъ способомъ.

7 октября. Сняты швы. Prima intentto. Небольшой отекъ мошонки.

11 октября. Выписался.

350) Varicocele.

Т. Ф., 18 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Настоящее заболѣваніе замѣтилъ съ годъ тому назадъ: появились тянущія боли въ лѣвомъ яичкѣ. Правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны. Въ лѣвомъ сѣмянномъ канатикѣ прощупываются сильно развитыя, расширенныя вены Лѣвое яичко опущено противъ праваго сант. на 5. Въ правомъ сѣменномъ канатикѣ вены тоже извиты, но въ значительно меньшей степени.

26 января. Операція. Продолжительность 1 часъ, хлороформа 15,0. Отсѣчена между зажимами часть мошонки. Расширенныя вены отсепарированы и резецированы.

30 января. Сняты швы. Кожа по серединѣ немного подвернулась. Незначительный отекъ.

2 февраля. Перевязка съ мазью Микулича. 9 февраля. Выписанъ съ вполнѣ зажившей раной.

351) Varicocele.

А. П., 27 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Въ дѣтствѣ—корь, 2 года тому назадъ сдѣлана операція грыжесѣченія и hydrocele (на правой сторонѣ). Послѣ этого сталъ замѣчать, что лѣвое яичко начало опускаться, появились тянущія боли и ощущеніе неловкости.

Правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. Въ области праваго паховаго канала—рубецъ. Лѣвое яичко значительно оттянуто книзу, въ лѣвой сторонѣ мошонки прощупываются сильно извитые сосуды сѣменного канатика. Внутренніе органы нормальны.

2 апрѣля. Операція подъ хлороформомъ.

Расширенныя вены отсепаророваны и отсѣчены. Швы. Ледъ.

5 апрѣля. Снята часть швовъ. Кожа кое-гдѣ подвернулась.

6 апрѣля. Сняты остальные швы. Рана закрыта не совсѣмъ.

8 апрѣля. Перевязка съ мазью Микулича.

10 апрѣля. Рана закрыта. Выписанъ.

352) Varicocele.

Г. Л., 25 лѣтъ, холостъ, провизоръ. 17 лѣтъ отъ роду больной страдалъ трипперомъ, осложненнымъ орхитомъ. Трипперъ при-

нялъ хроническое теченіе, появилась Strictura uretrae. Приблизительно въ это-же время больной замѣтилъ увеличеніе лѣвой половины мошонки и ощущеніе тупой боли. Имѣется impotentia coëundi. Расширенныя вены прощупываются ясно.

27 октября. Обычнымъ способомъ сдѣлано изсѣченіе расширенныхъ венъ.

31 октября. Сняты швы.

11 ноября. Выписанъ.

353) Varicocele.

Д. Ф., 22 лѣтъ, холостъ, приказчикъ. Въ 1903 г. страдалъ уретритомъ. Мѣсяца три тому назадъ больной сталъ замѣчать, что у него опухаетъ лѣвое яичко, въ которомъ появились тянущія боли.

4 декабря поступилъ въ клинику. Лѣвая половина мошонки опущена. При ощупываніи замѣчается клубокъ венъ сѣменного канатика.

8 декабря. Подъ эфиромъ сдѣлано обычнымъ способомъ изсѣченіе венъ сѣм. канатика.

11 декабря. Сняты швы. Заживленіе гладкое.

13 декабря. Больной встаетъ. 18 декабря. Выписанъ.

354) Funiculocele.

В. Т., 4 лѣтъ, сынъ чиновника. Раньше ничемъ не хворалъ. Настоящее заболѣваніе родители замѣтили три дня тому назадъ, когда мальчикъ упалъ и сталъ жаловаться на боль въ мошонкѣ. Въ клинику поступилъ 7 февраля. Тѣлосложеніе правильное. Органы груди и живота нормальны. На правомъ сѣменномъ канатикѣ опухоль, рѣзко ограниченная, величиной съ голубиное яйцо, мягкая, просвѣчивающая, съ яичкомъ не соединена, въ полость брюха не уходитъ.

7 февраля. Сдѣлана операція Tunica voginalis выдѣлена in toto. Имѣется небольшая грыжа. Грыжевой мѣшокъ перевязанъ. Серфины.

12 февраля. Сняты швы. Prima intentio.

16 февраля. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

е) Опухоли яичка.

355) Tuderculosis testiculorum.

Б. М., 43 лѣтъ, женатъ, отставной чиновникъ. Когда-то въ молодости имѣлъ уретритъ. Около года тому назадъ сталъ замѣ-

чать боль въ области мошонки и припухлость. Мѣсяцевъ пять тому назадъ на мѣстѣ лѣваго яичка прорвался гнойникъ, послѣ чего остался свищъ. 1 марта поступилъ въ клинику. Ясно увеличены оба придатка, въ головкѣ главнымъ образомъ. На лѣвомъ яичкѣ свищъ съ жидкимъ гнойнымъ отдѣляемымъ. Оба яичка плотны на ощупь и болѣзненны. Въ остальномъ здоровъ.

2 марта. Kastratio. Tunica vaginalis сильно утолщена. Въ яичкахъ —творожистыя массы.

Рана зажила гладко, безъ всякихъ осложенiй. 15 марта больной оставилъ клинику.

356) Tuderculosis testis.

М. С., 43 лѣтъ, чиновникъ, женатъ. Отецъ больного умеръ отъ чахотки. Въ мартѣ т. г. больной страдалъ инфлюэнцiей, послѣ которой недѣли черезъ 2 вдругъ опухло лѣвое яичко до величины кулака, было сильно болѣзненно; припухлость началась съ придатка. Въ маѣ появилась зыблющееся мѣсто, которое было вскрыто въ больницѣ Кр. Кр. остались свищи.

Питанiе хорошее. Органы груди и живота здоровы. Лѣвое яичко увеличено до размѣровъ кулака, слегка болѣзненно. Съ наружной стороны свищъ, которой идетъ въ толщу яичка. Другой свищъ—у корня penis'a.

17 сентября. Кастрацiя. Швы. Два тампона.

22 сентября. Швы прорѣзались, сняты.

25 сентября. Подъ кожей скопилось небольшое количество крови. Вставленъ въ рану тампонъ. 28 сентября. Выписанъ.

357) Tuberculosis testiculorum.

К. В., 38 лѣтъ, женатъ, чернорабочiй. Перенесъ сифилисъ и трипперъ. 14 лѣтъ тому назадъ болѣло лѣвое яичко, 9 лѣтъ назадъ—правое. Были нарывы, прорвались, остались свищи. Моча изъ свищей не показывалась.

19 января. Операцiя. Гнойники праваго и лѣваго яичка широко вскрыты, затампонированы. Перевязки дѣлались каждый день. Рана вяло гранулировала. Выписанъ для амбулат. леченiя.

358) Sarcoma testiculi.

Г. В., 27 лѣтъ, чернорабочiй, женатъ. Съ годъ тому назадъ стало припухать лѣвое яичко. Триппера и травмы не было. За послѣднiе три мѣсяца яичко стало особенно быстро увеличиваться. При поступленiи (14 декабря) въ клинику найдено слѣдую-

щее: въ лѣвой половинѣ мошонки имѣется напряженная опухоль, яйцевидной формы, величиной въ кулакъ, просвѣчивающая. Отъ опухоли въ паховый каналъ идетъ плотный тяжъ.

10 января. Операція. Разрѣзъ по длиннику опухоли. Изъ tunica vaginalis вышло немного жидкости. Само яичко плотно, въ особенности въ области придатка. Вырѣзанъ пробный кусочекъ. Швы и тампонъ. Опухоль—саркома.

Перевязки черезъ два дня. Рана постепенно закрывалась.

26 января. Выписанъ для амбулаторнаго леченія и исчезъ изъ подъ наблюденія.

359) Tumor funiculi spermatici.

А. С., 43 лѣтъ, женатъ, хлѣбопашецъ. Въ клинику поступилъ съ жалобами на правостороннюю паховую грыжу, существующую 20 лѣтъ. Недѣли 2 тому назадъ сразу появилась въ паху опухоль твердая, не поддававшаяся вправленію. Запоровъ и боли въ животѣ нѣтъ.

18 февраля. Операція. Разрѣзъ по ходу паховаго канала. По вскрытіи апоневроза открылась твердая опухоль, сѣмянной канатикъ, идя отъ яичка, терялся въ этой опухоли. У внутренняго паховаго кольца, по его вскрытіи, опухоль оказалась спаянной съ петлями тонкой кишки, отъ которой отдѣлена тупымъ путемъ и удалена. Подъ микроскопомъ опухоль имѣетъ саркоматозный характеръ.

23 февраля. Сняты швы. Prima intentio. 6 марта. Выписанъ.

360) Epedydimitis.

С. Ч., 31 года, холостъ, машинистъ. 2 раза страдалъ гонорройнымъ уретритомъ. На мошонкѣ имѣются заживающіе свищи послѣ гнойнаго epidydimit'a.

Въ клиникѣ находился съ 15 февраля по 19 февраля. Дѣлались перевязки.

361) Fistula urethrae.

I. Д., 48 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Болѣлъ лѣтъ 6. Былъ уретритъ. Года полтора тому назадъ на raphe мошонки появился свищъ, черезъ который выдѣлялась моча. При мочеиспусканіи черезъ каналъ боли, моча идетъ по каплямъ, иногда появлялась кровь.

24 февраля. Urethrotomia externa. Заживленіе гладкое per granulationen.

24 марта. Рана закрывается. Ежедневное бужированіе. Бужъ № 48 проходитъ свободно. Осталась поверхностная гранулирующая рана.

5 апрѣля. Выписанъ.

362) Abscessus periurethralis.

Г. Х., студентъ, 22 лѣтъ, поступилъ 24 октября, выписался 29 октября. 1903 г. Съ мѣсяцъ страдаетъ уретритомъ. Недѣлю тому назадъ появилась краснота и припухлость на членѣ, образовался абсцессъ на нижней поверхности ближе къ головкѣ, тотчасъ подъ кожей.

25 октября. Вскрытъ безъ наркоза. 27 октября. Перевязка. Рана чистая.

29 октября. Рана чистая, гранулируетъ. Больной выписался.

363) Phimosis.

П. В., 22 лѣтъ, холостъ, студентъ. Съуженіе крайней плоти помнитъ съ дѣтства. Послѣднее время оно доставляло больному страданія вслѣдствіе довольно частыхъ воспаленій препуціальнаго мѣшка.

16 ноября. Поступилъ въ клинику, гдѣ подъ хлороформомъ сдѣлано circumciso.

20 ноября. Сняты швы. Больной оставилъ клинику для амбулаторнаго леченія.

364) Prostatitis.

Л. С., 26 лѣтъ, холостъ, студентъ. 5 лѣтъ тому назадъ болѣлъ трипперомъ, который принялъ хроническое теченіе. Въ началѣ февраля н. г. почувствовалъ сильную боль въ области предстательной железы. Подъ вліяніемъ массажа боль усилилась. 11 марта. Поступилъ въ клинику. Органы груди и живота нормальны. Имѣется абсцессъ предстательной железы. Послѣ теплаго душа больной почувствовалъ облегченіе.

15 марта. Абсцессъ прорвался. 18 марта. Больной выписанъ.

365) Strictura urethrae.

М. С., 54 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. 29 Августа сего года больной упалъ промежностью на пень, послѣ чего моча стала кровянистой и выдѣлялась съ трудомъ. Кровь вскорѣ исчезла, а мочеиспусканіе до настоящаго времени (6 ноября) затруднено.

При ощупываніи мочеиспускательнаго канала въ pars bulbosa замѣтно утолщеніе, причемъ въ этомъ мѣстѣ, вводимый катетеръ задерживается и далѣе не проходитъ.

10 ноября. Сдѣлана Uretromia externa. Катетеръ удалось ввести легко. Операція продолжалась 25 м.

11—14 ноября. Моча идетъ черезъ катетеръ хорошо.

15 ноября. Катетеръ засорился и моча не шла. Полумягкимъ бужемъ катетеръ былъ прочищенъ, пузырь промытъ борной кислотой, послѣ чего мочеиспусканіе стало правильнымъ.

17 ноября. Катетеръ первый разъ вынутъ.

Бужпрованіе черезъ день.

22 ноября. Больной выписанъ съ закрытой раной для амбулаторнаго леченія ежедневнымъ бужированіемъ.

366) Strictura urethrae.

Н., 35 лѣтъ, женатъ, приказчикъ. 18 лѣтъ тому назадъ заболѣлъ трипперомъ который принялъ хроническое теченіе. 6 лѣтъ тому назадъ появились припадки съуженія уретры, которые, въ концѣ концевъ привели больного 16 февраля 1907 г. въ клинику. гдѣ 21 февраля сдѣлана подъ хлороформомъ urethrotomia externa.

Предварительно былъ вскрытъ абсцессъ, находившійся подъ кожей пещеристой части мочеиспускательнаго канала, этотъ разрѣзъ былъ увеличенъ впередъ и взадъ. Тонкимъ зондомъ найденъ ходъ въ pars membranacea urethrae, куда введенъ былъ металлическій катетеръ. Кпереди отъ бывшей стриктуры вскрытыя стѣнки мочеиспускательнаго канала соединены нѣсколькими швами. Послѣ этого металлическій катетеръ былъ вынутъ и на его мѣсто вставленъ мягкій, проведенный черезъ всю уретру.

Послѣ операціи моча свободно шла черезъ катетеръ.

3 марта. Катетеръ вынутъ совсѣмъ. Рана почти закрылась. Больному назначено ежедневное бужированіе. Выписанъ.

367) Strictura urethrae.

П. К., 35 лѣтъ, женатъ, торговецъ. Съ 10 лѣтъ появились симптомы съуженія уретры. 12 лѣтъ тому назадъ проф. Салищевымъ была сдѣлана urethromia externa. Черезъ 2 года пришлось операцію повторить. До послѣдняго времени продолжалось бужированіе. 2 дня тому назадъ вслѣдствіе задержки мочи и невозможности вывести ее катетеромъ сдѣланъ надлобковый проколъ мочевого пузыря.

16 октября. Доставленъ въ клинику съ наполненнымъ пузыремъ, катетеръ ввести не удалось и сейчасъ же сдѣлана urethromia

externa. Разсѣчена pars membranocea, но катетеръ ввести все-же не удалось. Сдѣлана sectio alta. Катетеръ изъ мочевого пузыря выведенъ, въ промежностную рану. Продолжалось операція $1^1/_2$ часа, эфира 120,0.

26 октября. Введенъ катетеръ черезъ уретру.

1 ноября. Катетеръ вынутъ. Моча идетъ черезъ промежностную рану.

3 ноября. Катетеръ вставленъ опять черезъ уретру.

8 ноября. Катетеръ вынутъ. Моча идетъ черезъ рану.

17 ноября. Бужированіе. Моча идетъ частью черезъ мочеиспускательный каналъ, частью черезъ промежностную рану. Рана надъ лобкомъ почти закрылась.

24 ноября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія,

368) Bubo strumoszum.

Я. С., 46 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. 10 лѣтъ тому назадъ больной получилъ lues. Повторно лѣчился инъекціями, ѣздилъ на курорты. Въ ноябрѣ 1903 г. стали припухать лѣвыя паховыя железы, что сопровождалось повышеніемъ температуры. Припухлость железъ то уменьшалась, то увеличивалась, но не изчезла до настоящаго времени (1 декабря), когда больной обратился въ клинику. Въ лѣвой паховой области имѣется опухоль, длиною около 2 вершковъ, блѣдно-краснаго цвѣта съ фіолетовымъ оттѣнкомъ, подвижная, твердая на ощупь. Такого-же точно характера, но нѣсколько меньшихъ размѣровъ, находится опухоль и подъ Пупартовой связкой.

4 декабря. Подъ хлороформомъ вдоль обѣихъ опухолей сдѣланы разрѣзы. Вышло немного гноя. Распавшіяся железы выскоблены острой ложкой. Обѣ раны подъ кожей соединены между собой. Тампонъ.

Перевязки черезъ день. Температура все время нормальна.

Раны хорошо гранулировали. 13 декабря. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

369) Fistula tuberculosa.

М. Л., 32 лѣтъ, женатъ, портной. Четыре мѣсяца тому назадъ у больного въ нижнемъ отдѣлѣ правой Пупартовой связки образовался нарывъ, который былъ вскрытъ. Черезъ 2 мѣсяца на этомъ мѣстѣ снова получился такой-же нарывъ, который также вскрытъ, при чемъ вышло масса гноя. Приступовъ аппендицита не было. Позвоночникъ нормальный.

Подъ внутренной четвертью Пупартовой связки имѣется свищъ, изъ котораго выдѣляется жидкій гной. Больной ходить не можетъ.

Съ 20 января по 1 марта больному сдѣлано 8 впрыскиваній по 10,0 іодоформенной эмульсіи. При выписываніи изъ клиники больной сталъ ходить на костыляхъ.

370) Fistulae post operationem.

В. П.. 42 лѣтъ, женатъ. Осенью прошлаго года болѣлъ мягкимъ шанкромъ, осложненнымъ двухсторонними бубонами, которые были вскрыты. Правый зажилъ, а послѣ лѣваго остался свищъ, заставившій больного обратиться въ клинику.

Больной крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія. Въ лѣвомъ паху рубецъ, по срединѣ котораго свищъ, идущій книзу сант. на 5—6.

18 сентября. Операція. Свищъ широко раскрытъ и выскобленъ острой ложкой. Онъ шелъ подъ Пупартову связку. Хлороформъ. Продолжительность операціи 25 мин. Тампонъ.

21 сентября. Перевязка. Рана чистая.

22 сентября. Бронхитъ. Температура 39,1.

23 сентября. Температура 39,2. Крепитація и тимпанитъ въ право нижней долѣ.

25 сентября. Температура 38,2. Влажные мелкіе хроны. Больной выписался по собственному желанію.

453) Fistula urethrae perinealis.

Ш. М., 26 лѣтъ, холостъ, торговецъ. 2 года тому назадъ страдалъ уретритомъ, повидимому вылѣчился. Мѣсяцевъ 5 тому назадъ снова появилось выдѣленіе изъ канала и сильная боль въ промежности. Слѣва отъ уретры образовался нарывъ, который прорвался и образовалась фистула. Черезъ фистулу по каплямъ выдѣляется мочъ. Съуженія канала нѣтъ.

30 января. Подъ эфиромъ свищъ раскрытъ и выскобленъ. Вставленъ катетеръ.

2 февраля. Бужированіе черезъ день.

13 февраля. Выписанъ для амбулаторнаго леченія. Свищъ закрывается.

454) Fistula urethralis.

А. И., 32 лѣтъ, женатъ, письмоводитель. Лѣтъ 12-13 тому назадъ больной упалъ промежностью на желѣзныя грабли. Полученныя раны, то заживали, то открывались снова. 21 года больной получилъ перелой, осложнившійся воспаленіемъ предстатель-

ной железы. Черезъ 3 года воспаленіе prostat'ы повторилось, былъ сдѣланъ разрѣзъ, черезъ который временами стала просачиваться моча. При изслѣдованіи въ клиникѣ на промежности найдено два открытыхъ свища и два зажившихъ. Черезъ одинъ свищъ проходитъ гной. Per rectum прощупывается увеличенная prostata. Провести бужъ черезъ уретру не удается.

25 января. Операція. Разрѣзъ въ pars membranocea urethrae длиной около 3 сант. вскрыта уретра, бужъ провести не удалось.

26 января. Хотя больной мочится черезъ каналъ, но повязка вся въ мочѣ.

27 января. Повязка сухая.

28 января—6 февраля. Перевязки каждый день. Моча идетъ только черезъ каналъ.

6 февраля. Сдѣлана urethromia interna. Введенъ постоянный катетеръ.

22 февраля. Выписанъ.

Заболѣваніе прямой кишки и задняго прохода.

А) Ракъ прямой кишки.

371) Cancer recti.

А. Ж., 60 лѣтъ, женатъ. Около 8 недѣль тому назадъ больной сталъ ощущать частые позывы къ испражненію, при чемъ изрѣдка въ незначительномъ количествѣ показывалась кровь. Болей не было. По совѣту врача, констатировавшаго опухоль прямой кишки, обратился въ клинику.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Небольшой артеріосклерозъ. Въ анамнезѣ—lues.

Въ прямой кишкѣ прощупывается опухоль плотная, бугристая, занимающая всю периферію кишки и оставляющая небольшой просвѣтъ. Нижній конецъ опухоли лежитъ на разстояніи 3—4 сант. отъ anus'а, верхній прощупать не удается. 4 сентября. Операція. Продолжительность $2^1/_2$ часа, эфира 150,0. Разрѣзъ отъ задняго прохода вверхъ по средней линіи. Копчикъ удаленъ, а также сбита долотомъ часть крестца. Опухоль сидѣла очень высоко, такъ что пришлось вскрыть брюшину. Верхній отрѣзокъ кишки былъ пересѣченъ на разстояніи сант. 5 выше опухоли, притянутъ къ anus'у и вшитъ. Тампонъ въ брюшину и въ рану. Швы на кожу.

7 сентября. Брюшные тампоны подтянуты. Тампоны въ ранѣ перемѣнены. Рана чистая. Температура 38,1.

Каждый день тампоны брюшинные подтягивались. 13 сентября удалены совсѣмъ. Всѣ швы съ задняго прохода отошли, съ кожи— сняты. Въ ранѣ гной.

14 сентября. Слабительное. На задней стѣнкѣ кишки отверстіе въ серебрянный пятачекъ.

Заживленіе per granulationem. Перевязки каждый день.

15 ноября 1905 года. Выписался для амбулаторнаго леченія. Рана почти закрылась. Испражняется удовлетворительно.

По полученнымъ свѣдѣніямъ здоровъ въ настоящее время (1908 г.).

372) Cancer recti.

Р. Ч., 55 лѣтъ, крестьянинъ. Болѣетъ 3-й мѣсяцъ, жалуется

на частые позывы къ испражненію; была кровь въ испражненіи бываетъ иногда слизь, гной. Болей большихъ нѣтъ. Область ani безъ измѣненій. Въ rectum на разстояніи 3—5 сант. отъ anus'a прощупывается опухоль, плотная, бугристая, кольцевидно охватывающая прямую кишку подвижная; верхнюю границу опухоли прощупать не удается.

13 декабря. Линейный разрѣзъ по межъягодичной складкѣ, длиной сант. 10 вылущенъ копчикъ и часть крестца. Rectum удалена вмѣстѣ съ клѣтчаткой, въ которой была масса раково-перерожденныхъ железъ. Кусокъ резецированной кишки около 12—13 сант. Верхній отрѣзокъ подшитъ къ нижнему.

Рана постепенно закрывалась. Возстановленія непрерывности кишечной трубки не произошло, такъ что больной испражнялся помимо anus'a черезъ дефектъ въ задней стѣнкѣ подшитой кишки.

20 февраля. Выписанъ. Рецедива нѣтъ. Самочувствіе хорошее.

373) Cancer recti.

Б. П., 46 лѣтъ, дѣвица. Въ молодости страдала малокровіемъ. Начало настоящаго заболѣванія относится къ августу 1902 г.; запоры, испражненія иногда съ кровью, въ лѣвой сторонѣ живота боль при сидѣніи и при ходьбѣ.

Роста средняго, питанія подорваннаго. Слизистая и кожа блѣдны. Жалуется на продолжительные запоры и боли при испражненіи. При изслѣдованіи recti приблизительно на разстояніи 5—6 сант. отъ наружнаго отверстія прощупывается твердая опухоль, въ видѣ кольца отхватывающая прямую кишку; верхній край опухоли ощупать не удается. Поверхность опухоли, обращенная въ просвѣтъ кишки, неровная, изрытая, изъѣденная. Per vaginom своды верхній и боковые свободны; въ заднемъ и больше вправо прощупывается твердая опухоль въ области прямой кишки. Паховыя железы тверды, величиной въ крупныя горошины. Органы груди нормальны.

21 января. Операція. Разрѣзъ сзади сант. 3—4 выше anus'a проникаетъ до копчика и крестцовой кости. Удаленъ копчикъ и часть крестца. Прямая кишка постепенно изолирована отъ окружающихъ тканей. Брюшина поранена, отверстіе ея заложено тампонами. Выше опухоли кишка, порванная при изолированіи, перевязана лигатурой, отрѣзана. Затѣмъ отдѣлена опухоль внизу и удалена; железы въ окружности, раково-перерожденныя, удалены. Верхній отрѣзокъ кишки въ большей части своей окружности (спереди и боковъ) сшитъ съ нижнимъ отрѣзкомъ; сзади осталась дыра. По бокамъ кишки 3 тампона, тампонъ въ S. Romanum и въ anus. Кожная рана сверху закрыта 2 швами. Удаленный ку-

сокъ кишки 6-7 сант. Операція продолжалась 2 ч. 30 м. Хлороформа 29.

22—25 января. При ежедневныхъ перевязкахъ тампоны подтягивались.

26 января. Больную прослабило. При перевязкѣ вся рана забита твердымъ каломъ.

27—30 января. При перевязкахъ рана промывается 0,6% соли.

1—21 февраля. Ежедневныя перевязки. Промываніе солью. Рана выполняется.

26 февраля—14 марта. Ежедневныя перевязки. Калъ черезъ рану. Осталось щелевидное отверстіе.

16 марта. Перевязки черезъ день.

18 марта. Испражняется частью черезъ anus, частью черезъ рану.

21 марта. Выписана значительно поправившейся.

В) Выпаденіе прямой кишки.

374) Prolapsus recti et ani.

А. Р., 23 лѣтъ, чернорабочій изъ Ново-Николаевска, поступилъ 8 ноября, выписался 14 декабря 1903 года.

Заболѣлъ съ годъ тому назадъ. При явленіяхъ сильнаго, продолжавшагося около полугода, поноса, стала выпадать прямая кишка, больной самъ довольно легко ее вправлялъ и вправляетъ.

Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Пользовался всегда хорошимъ здоровьемъ. Если заставить больного натужиться, то выпадаетъ большой участокъ прямой кишки и anus'а, выпавшая часть достигаетъ величины головки ребенка.

1 декабря. Операція. Кожный разрѣзъ по межсѣдалищной складкѣ, немного отступя отъ задняго края анальнаго отверстія и до основанія копчика, сант. 6 длиной, обнаженъ копчикъ, задняя стѣнка прямой кишки отдѣлена отъ окружающихъ тканей, черезъ нее, прободая всѣ стѣнки кишки, кромѣ слизистой, проведены швы, образующіе складку на задней стѣнкѣ кишки, складка эта подшита къ надкостницѣ крестца. Рана частью зашита, частью затампонирована.

Операція длилась 40 мин., хлороформа израсходовано 30,0.

Заживленіе при нормальной температурѣ безъ всякихъ осложненій. Швы сняты на 8 день. Складка прочно фиксируетъ прямую кишку.

14 декабря. Больной выписался съ небольшой чистой поверхностной ранкою на мѣстѣ тампона.

375) Prolapsus recti.

А. Ф., 36 лѣтъ, женатъ конторщикъ. Настоящее заболѣваніе началось $1^1/_2$ года тому назадъ: послѣ сильнаго запора у больного стала выходить кишка, сначала немного, а потомъ все больше и больше. Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны.

29 ноября. Операція. Разрѣзъ по межсѣдалищной складкѣ. Копчикъ и часть крестца освобождены. Кишка тремя продольными швами подтянута къ надкостницѣ крестца. Швы на кожу. Тампонъ. Заживленіе безъ всякихъ осложненій.

376) Prolapsus recti.

А. Н., 42 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Прямая кишка стала выпадать съ $^1/_2$ года тому назадъ. При вправленіи сильная боль.

16 декабря. Подъ хлороформомъ кишка подшита тремя швами къ крестцу. Копчикъ удаленъ.

18 декабря. Перевязка. Рана чистая.

15 января. Выписался для амбулаторнаго леченія. Рана почти закрылась. Боли при вправленіи нѣтъ. Передній отдѣлъ прямой кишки немного выпадаетъ.

Заболѣванія прямой кишки и задняго прохода.

a) Ракъ прямой кишки (№№ 371, 372, 373).

в) Выпаденіе прямой кишки №№ 374, 575, 376).

c) Варрикозное расширеніе венъ прямой кишки (начиная съ № 377).

Всѣхъ операцій по поводу варрикознаго расширенія венъ прямой кишки сдѣлано 49. Въ 21 случаѣ произведено циркулярное вырѣзываніе слизистой вмѣстѣ съ венозными узлами, въ 22 отвязываніе геморр. узловъ лигатурой и въ 6 отжиганіе аппаратомъ Paquelin'a. Изъ всѣхъ оперированныхъ женщинъ было только 5. По возрасту больные распредѣляются такъ:

до 10 лѣтъ 0
отъ 10 до 20 1
„ 20 до 30 23
„ 30 до 40 14
„ 40 до 50 10 и одинъ старше 50.

По профессіи больше всего учащихся (студентовъ) 10 и мелкихъ чиновниковъ (контор. писцовъ) 11.

d) Заболѣванія задняго прохода (начиная съ 428).

c) ГЕМОРРОЙ.

397) Varices haemorrhoidales.

В. П., 27 лѣтъ, телеграфистъ, поступилъ въ клинику 12 сентября 1903 года, выписался 23 сентября 1903 года.

Года $1^1/_2$ тому назадъ замѣтилъ кровь въ испражненіи и одновременно съ этимъ обратилъ вниманіе на существованіе геморроидальныхъ узловъ въ заднемъ проходѣ. Мѣсяцъ назадъ послѣ сильной боли у задняго прохода образовался свищъ, черезъ который выдѣлялся гной.

Раньше болѣлъ корью, скарлатиной, дифтеритомъ и 7 лѣтъ тому назадъ триппероыъ.

Роста средняго, тѣлосложенія крѣпкаго. Органы груди и живота здоровы. Около задняго прохода съ лѣвой стороны свищъ, начинается на 1 сант. кнаружи отъ слизистой, открывается въ прямую кишку, длиной сант. въ 4. Въ проходѣ пять различной величины геморроидальныхъ узловъ частью наружныхъ, частью внутреннихъ.

13 сентября. Операція подъ хлороформомъ. Свищъ расщепленъ по желобоватому зонду. Геморроидальные узлы отожжены Paquelin'омъ. Заживленіе гладкое. 23 сентября выписался съ небольшой раневой поверхностью на слизистой, закрывшейся недѣли полторы спустя при амбулаторномъ леченіи.

378) Varices haemorrhoidales.

Н. Б., 25 лѣтъ, студентъ-юристъ, поступилъ въ клинику 24 сентября 1903 г., выписался 10 октября 1903 года.

Заболѣлъ три года тому назадъ; запоры, кровь въ испражненіи, сперматоррея, временами наблюдалъ выпаденіе геморроидальныхъ шишекъ.

Въ дѣтствѣ перенесъ дифтеритъ, воспаленіе брюшины и воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Отецъ психически больной, кончилъ жизнь самоубійствомъ.

Роста средняго, питанія удовлетворительнаго. Органы груди и живота здоровы. Въ заднемъ проходѣ прощупывается конволютъ геммороидальныхъ узловъ, кольцеобразно охватывающій просвѣтъ кишки. Предстательная железа увеличена, болѣзненна.

27 сентября. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки вмѣстѣ съ геморроидальными узлами. Наркозъ—хлороформъ—40,0.

Послѣ операціи въ теченіе дня страшныя боли. На другой день чувствовалъ себя хорошо. Перевязки черезъ день. Швы отошли сами недѣли черезъ двѣ. Заживленіе гладкое. Выписался 10 октября вполнѣ здоровымъ.

379) Varices haemorrhoidales.

Е. П., 31 года, врачъ, поступилъ 6 ноября, выписался 25 ноября 1903 года. Страдаетъ геморроемъ около двухъ лѣтъ, бывали кровотеченія, вначалѣ мѣсяца черезъ три, а послѣднее время очень часто—дня черезъ 2-3.

Въ наслѣдствѣ есть геморрой у отца. Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія.

Геморроидальные узлы охватываютъ прямую кишку тотчасъ за наружнымъ сфинктеромъ.

8 ноября. Сдѣлана операція—вырѣзываніе слизистой съ узлами подъ эфирнымъ наркозомъ—150,0, продолжалась 1 часъ.

Швы наложены шелковые. Послѣ операціи сильнѣйшія боли. На другой день вынутъ тампонъ изъ задняго прохода, боли утихли. На 5-й день швы прорѣзались и слизистая кругомъ поднялась на палецъ, поверхность лишенная слизистой закрывалась медленно.

25 ноября. Выписался и продолжалъ лѣчиться амбулаторно. Черезъ мѣсяцъ послѣ операціи рана зарубцевалась совершенно.

380) Varices haemorrhoidales.

А. С., студентъ-ветеринаръ изъ Харькова, 29 лѣтъ, поступилъ 30 октября, выписался 18 ноября 1903 года.

Геморроемъ страдаетъ два года, были небольшія кровотеченія; 21 октября геморроидальные узлы ущемились, больной пользовался компрессами, затѣмъ поступилъ въ клинику, назначенъ ледъ къ заднему проходу, шишки на третій день скрылись за наружный сфинктеръ и воспалительный процессъ постепенно стихъ.

10 ноября. Операція—вырѣзываніе слизистой вмѣстѣ съ геморроидальными узлами, начата подъ хлороформеннымъ наркозомъ (20,0) больной плохо дышалъ, закончена подъ эфиромъ 80,0. На слизистую наложены швы изъ кетгута. Въ первый день послѣ операціи сильныя боли, впрыскивался морфій. Заживленіе гладкое. Выписался 18 ноября вполнѣ здоровымъ съ небольшой ссадиной, закрывшейся совершенно черезъ 2 недѣли при амбулаторномъ леченіи.

381) Verices haemorrh. et. fistula ani.

Больной Д. Д., 29 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Родители живы, отецъ страдаетъ геморроемъ. 10-ть лѣтъ тому назадъ больной имѣлъ трипперъ; кромѣ того указываетъ на лихорадочныя заболѣнія. Геморроемъ страдаетъ съ 14 лѣтъ, были незначительныя кровотеченія. Въ 1902 г. послѣ нарыва образовался свищъ, изъ котораго вытекалъ гной.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе подорванное. Органы груди и живота нормальны. Въ заднемъ проходѣ справа сант. на 3 отъ сфинктера имѣется свищъ съ приподнятыми краями. При зондированіи видно, что свищъ открывается въ rectum, длина его 6 сант. На границѣ кожи и слизистой три небольшихъ геморроидальныхъ узла.

23 сентября. Свищъ вскрытъ по зонду Paquelin'омъ. Геморроидальные узлы тоже прожжены Paquelin'омъ. Наркозъ сначала хлороформъ 25,0 потомъ эфиръ 50,0.

Послѣопераціонное теченіе безъ осложненій.

4 октября. Выписался.

382) Varices haemorrhoidales.

И. О., 27 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Запоры съ дѣтства. Геморроидальные узлы замѣтилъ лѣтъ 13 тому назадъ. Узлы временами исчезали и появлялись снова. Кровотеченій никогда не было.

Средняго роста, правильнаго тѣлосложенія. Органы груди здоровы. Запоры. При натуживаніи больного ясно выступаетъ рядъ шишекъ, захватывающихъ кольцомъ anus. Prostata сильно увеличена и болѣзненна.

10 сентября подъ хлороформеннымъ наркозомъ операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки вмѣстѣ съ геморроидальными узлами.

Заживленіе гладкое. Слабительное на 10-й день. Швы отошли на 13-й день.

383) Varices haemorrhoidales.

Больной В. Б., 26 лѣтъ, крестьянинъ, женатъ. Отецъ умеръ отъ апоплексіи. Мать страдаетъ геморроемъ, дѣдъ съ материей стороны и братъ больного тоже страдаютъ геморроемъ. Самъ больной въ дѣтствѣ страдалъ сильными носовыми кровотеченіями. Въ 15-ти лѣтнемъ возрастѣ занимался онанизмомъ около $1^1/_2$ лѣтъ, послѣ чего страдалъ сильными головными болями и общимъ нервнымъ разстройствомъ. Послѣдніе годы запоры, испражненія съ кровью, причемъ иногда крови выходило до 3-хъ стакановъ въ день.

Тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго. Органы груди и живота нормальны. Въ заднемъ проходѣ три наружныхъ геморроидальныхъ узла. При изслѣдованіи задняго прохода пальцемъ прощупывается нѣсколько (4) довольно крупныхъ (въ воложскій орѣхъ) узловъ.

22 сентября. Операція. 4 большихъ узла отвязаны. Остальные прожжены Paquelin'омъ.

23 сентября. Сильный бронхитъ.

26 сентября. Перевязка. Рана очищается.

3 октября. Выписался для амбулаторнаго леченія.

384) Varices haemorrhoidales.

М. Г., 45 лѣтъ, женатъ, писецъ. Геморроемъ страдаетъ лѣтъ 20, давно кровотеченія, но съ годъ стали особенно обильными. Бываютъ запоры. Правильнаго сложенія, питанія хорошаго. У задняго прохода видно нѣсколько наружныхъ геморроидальныхъ шишекъ.

3 февраля. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки, такъ какъ вся окружность ея занята узлами. Швы изъ кэтгута.

7 февраля. Перевязка. Швы держатся хорошо.

9 февраля. Швы отошли. Слизистая приросла всюду, за исключеніемъ небольшого участка сзади. Слабительное.

15 февраля. Больной выписанъ съ незакрытымъ участкомъ величиной въ серебряный пятачекъ. Перевязки амбулаторно съ мазью Микулича.

385) Varices haemorrhoidales.

Ст. Р., 36 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Геморроемъ страдаетъ около 4-хъ лѣтъ. Незначительныя кровотеченія, запоровъ нѣтъ. Шишки занимають всю окружность recti.

1 марта. Операція. Наркозъ морфійно-хлороформенный. Циркулярное вырѣзываніе всей слизистой прямой кишки съ расширенными венами Продолжительность 55 мин. Вечеромъ сильныя боли. Морфій.

4 марта. Перевязка. Перемѣненъ тампонъ. Болей нѣтъ.

9 марта. Съ лѣвой стороны часть слизистой отошла.

11 марта. Перевязка. Ляписъ и ксероформъ.

12 марта. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

386) Varices haemorrhoidales.

Больной А. Б., женатъ, чиновникъ, 39 лѣтъ. Страдаетъ геморроемъ съ 17 лѣтъ, по временамъ появлялись колики въ заднемъ проходѣ. Кровотеченіе появилось приблизительно лѣтъ 10 тому назадъ, было только одинъ разъ и послѣ не повторялось. Страдаетъ запорами.

Тѣлосложенія крѣпкаго. Питанія удовлетворительнаго. Надъ наружнымъ отверстіемъ задняго прохода рядъ шишекъ (4—5), кольцомъ охватывающихъ кишку.

16 января. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки съ геморроидальными узлами. Продолжительность операціи 1 ч. 20 м. Хлороформа 30.

17 января. Температура вечеромъ 38,3.

21 января. Отошли всѣ швы послѣ испражненія.

26—28 января. Перевязки, прижиганіе ляписомъ.

31 января. Небольшая поверхность сзади обнажена отъ слизистой. Прижиганіе ляписомъ.

2 февраля. Выписанъ.

387) Varices haemorrhoidales.

Б. А., 37 лѣтъ, женатъ, писецъ. Геморроемъ страдаетъ около 10 лѣтъ. Запоры, при испражненіи кровь. Правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Имѣется 3—4 отдѣльныхъ геморроидальныхъ узла.

2 февраля. Сдѣлана операція—отвязываніе шишекъ.

9 февраля. Слабительное.

12 февраля. Всѣ шишки отпали.

14 февраля. Выписанъ.

388) Varices haemorrhoidales.

М. Ш., 17 лѣтъ, гимназистъ. Геморроемъ страдаетъ нѣсколько лѣтъ, 4 года тому назадъ начались кровотеченія, но небольшія. Съ мѣсяцъ назадъ было сильное кровотеченіе, окончившееся острымъ малокровіемъ.

Больной ослабленнаго питанія, очень анэмиченъ. Въ заднемъ проходѣ нѣсколько наружныхъ геморроидальныхъ узловъ.

30 декабря. Операція. Вырѣзываніе слизистой съ расширенными венозн. узлами.

3 января. Перевязка. Небольшой отекъ.

5 января. Слабительное.

7 января. Швы отошли всѣ.

12 января. Выписался для амбулаторнаго леченія.

389) Varices haemorrhoidales.

Е. Н., 32 лѣтъ, замужняя. Геморроемъ страдаетъ приблизительно 9 лѣтъ. Кровотеченія сильныя появились года три тому назадъ. Въ остальномъ здорова. Въ заднемъ проходѣ наружныя геморроидальныя шишки; при изслѣдованіи пальцемъ прощупывается кольцо внутреннихъ узловъ.

20 декабря. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки вмѣстѣ съ геморр. узлами.

22 декабря. Заживленіе гладкое.

3 января. Выписалась.

390) Varices haemorrhoidales.

Б. В., 50 лѣтъ, вдовецъ, чернорабочій. Пьетъ запоемъ. 30 лѣтъ страдаетъ грыжей, носитъ бандажъ. Геморроемъ страдаетъ лѣтъ 15,—запоръ, небольшія кровотеченія. Изъявилъ желаніе оперироваться только по поводу геморроя.

3 декабря. Операція. Наркозъ сначала эфирный, потомъ хлороформенный. Отвязываніе шишекъ. Одна шишка наружная прожжена.

13 декабря. Отошли всѣ шишки. Ксероформъ.

18 декабря. Остается небольшая ранка, не покрытая слизистой. Выписался для амбулаторнаго леченія.

391) Varices haemorrhoidales.

В. К., 22 лѣтъ, холостъ, рабочій на заводѣ. Геморроемъ страдаетъ около 11 лѣтъ. Бывали небольшія кровотеченія и запоры.

Больной питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны. Около задняго прохода нѣсколько геморроидальныхъ шишекъ.

30 сентября. Операція по Уатгэду. Эфиръ.

Заживленіе безъ осложненій. Швы отошли на 11 день.

12 октября. Выписался для амбулаторнаго леченія.

392) Varices haemorrhoidales.

И. Р., 32 лѣтъ, женатъ, дантистъ. Съ 1898 года страдаетъ запорами и кровотеченіями—изъ задняго прохода, которыя сначала были незначительными, а за послѣднее время настолько стали сильными, что у больного развивается рѣзкая анэмія.

10 сентября. Операція—отвязываніе шишекъ. Наружныя шишки прожжены.

Эфиръ 50,0. Продолжительность операціи $^1/_2$ часа.

15 сентября. Слабительное. Перевязка.

21 сентября. Отпали 2 шишки.

23 сентября. Отпали послѣднія шишки.

27 сентября. Выписался.

393) Varices haemorrhoidales.

К. С., 28 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Раньше ничемъ не страдалъ, кромѣ запоровъ, которые появились лѣтъ 5 тому назадъ. $1^1/_2$ года тому назадъ первый разъ было кровотеченіе при дефекаціи: вышло около стакана крови. Съ тѣхъ поръ кровотеченія были почти при каждомъ испражненіи, но неособенно обильныя. Больной малокровенъ. Около anus'а нѣсколько наружнымъ геморроидальныхъ узловъ. Есть и внутреннія шишки.

20 сентября. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки вмѣстѣ съ геморроидальными узлами. Эфиръ 120,0, продолжительность операціи 1 ч. 5 м.

22 сентября. Перевязка. Небольшой кровоподтекъ подъ кожей.

24 сентября. Температура 39,1. Въ низураны небольшой отекъ.
26 сентября. Отекъ меньше. Температура—37,1—37,7,
27 сентября. Слабительное, температура 36,9.
29 сентября Отошли всѣ швы.
2 октября. Выписался.

394) Varices haemorrhoidales.

Г. С., 32 лѣтъ, студентъ-технологъ, холостъ. Геморрой замѣтилъ лѣтъ 5 тому назадъ. При испражненіи были боли и кровотеченіе. Имѣется нѣсколько наружныхъ геморроидальныхъ узловъ.

13 октября. Операція по Уатгэду. Продолжительность операціи 1 ч. 15 м. Эфиръ 150,0.

Заживленіе безъ осложненій.

26 октября. Выписался. Свѣчки съ ксероформомъ.

395) Varices haemorrhoidales.

Н. Ж., 32 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Геморроемъ страдаетъ давно: лѣтъ 11 тому назадъ замѣтилъ шишки у задняго порохода. Съ тѣхъ поръ запоры и кровотеченія. Иногда шишки воспалялись.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. При натуживаніи замѣтны 4—5 геморроидальныхъ узловъ.

6 октября. Циркулярное вырѣзываніе слизистой прямой кишки, такъ какъ шишки расположены на ней кругомъ. Кэтгутовые швы. Тампонъ.

12 октября. Слабительное.
14 октября. Отошли всѣ швы.
20 октября. Выписался.

396) Varices haemorrhoidales.

М. Т., 48 лѣтъ, чернорабочій, женатъ. Въ послѣднее время страдалъ запорами и кровавыми испражненіями. 7 сентября послѣ сильнаго туженія при испражненіи выпали шишки и ущемились. Всѣ попытки больного вправить ихъ не увѣнчались успѣхомъ. Черезъ три дня больной явился въ клинику.

Въ заднемъ проходѣ четыре темносиняго цвѣта ущемившіеся узла. Слизистая красна экскоріирована. Слизисто-гнойное вонючее отдѣляемое. Испражненій нѣтъ.

11 сентября. Ледъ и мазь изъ 10% кокаина.
12 сентября. Смазываніе 2% ляписомъ.
13 сентября. Прослабило послѣ слабительнаго и клизмы.
15 сентября. Ляписъ. Слабило.

17 сентября. Узлы скрываются за сфинктеромъ.

21 сентября. Узлы скрылись.

23 сентября. Всѣ воспалительныя явленія исчезли.

На операцію не согласился. Выписанъ.

397) Varices haemorrhoidales.

А. М., 37 лѣтъ, замужняя. Гоморрой появился лѣтъ 18 тому назадъ. Были обильныя кровотеченія.

Больная сложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. 6 наружныхъ геморроидальныхъ узловъ.

20 сентября. Операція по Уатгэду. Эфиръ 120,0. Продолжительность 1 ч. 5 м. Швы изъ кэтгута. Тампонъ.

Заживленіе гладкое.

30 сентября. Выписалась.

398) Varices haemorrhoidales.

Н. К., 35 лѣтъ, женатъ, приказчикъ. Геморроемъ страдаетъ около 5 лѣтъ. Запоры, кровотеченія.

22 декабря. Подъ хлороформомъ отвязаны 3 шишки внутреннихъ, наружныя прожжены.

31 декабря. Шишки отпали.

1 января. При испражненіи было небольшое кровотеченіе.

3 января. Выписанъ.

399) Varices haemorrhoidales.

Н. Ч., 25 лѣтъ, врачъ, холостъ. Года два тому назадъ появились геморроидальныя шишки и кровавыя испражненія. За послѣднее время геморрой особенно безпокоитъ больного.

16 февраля. Сдѣлана операція по Уатгэду, такъ какъ вся слизистая была поражена расширенными венами. Кэтгутовые швы. Тампонъ. Продолжительность 1 ч. 5 м. Хлороформа 40,0.

22 февраля. Перевязка, отошли всѣ швы.

26 февраля. Выписанъ.

400) Varices haemorrhoidales.

А. М., 45 лѣтъ, женатъ. Геморроемъ страдаетъ давно. Были сильныя кровотеченія. При изслѣдованіи—конгломератъ расширенныхъ сосудовъ, кольцеобразно охватывающихъ прямую кишку. Запоры.

17 февраля. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой съ геморроидальными узлами.

Перевязки черезъ день.

23 февраля. Швы отошли. Слизистая держится всюду.

2 марта. Выписался.

401) Varices haemorrhoidales.

А. Ч., 27 лѣтъ, дѣвица, монахиня. Съ годъ тому назадъ появились кровотеченія изъ задняго прохода. Геморрой незначительный. Въ остальномъ здорова.

10 марта. Операція. Наружныя шишки и нѣсколько большихъ внутреннихъ прожжены. Paquelin'омъ. Черезъ день перевязки. Заживленіе хорошее.

18 марта. Выписалась.

402) Varices haemorrhoidales.

В. Б., 32 лѣтъ, торговецъ, женатъ. Страдаетъ геморроемъ лѣтъ 6. Бывали сильныя кровотеченія. При изслѣдованіи—кольцеобразный конгломератъ шишекъ.

1 апрѣля. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой оболочки вмѣстѣ съ расширенными венами. Тампонъ.

10 апрѣля. Швы всѣ отошли. Слизистая справа немного отслоилась. Ляписъ.

11 апрѣля. Выписался.

403) Varices haemorrhoidales.

И. П., 39 лѣтъ, женатъ, золотопромышленникъ. Геморроемъ страдаетъ давно. 7 лѣтъ тому назадъ сдѣлана операція—отжиганіе геморроидальныхъ шишекъ. Черезъ 3 года рецидивъ. При изслѣдованіи—конволютъ расширенныхъ венъ, кольцеобразно окружающій прямую кишку.

18 января. Операція—циркулярное вырѣзываніе слизистой съ узлами.

25 января. Швы отошли. Слизистая вездѣ держится.

26 января. Заживленіе полное. Выписанъ.

404) Varices haemorrhoidales.

Ф. М., 22 лѣтъ, холостъ, студентъ. Геморроемъ страдаетъ 2 года. Бываютъ кровотеченія. Прощупывается конволютъ венозныхъ узловъ.

9 февраля. Операція—циркулярное вырѣзываніе всей слизистой съ расширенными венами.

15 февраля. Швы отошли.

23 февраля. Выписанъ.

405) Varices heemorrhoidales.

И. О., 22 лѣтъ, студентъ. Хорошо развитъ. Внутренніе органы нормальны.

Геморроидальныя шишки незначительныя.

17 ноября. Операція. Шишки прожжены—Paquelin'омъ.

21 Декабря. Слабительное. Значительное кровотеченіе при испражненіи.

23 Декабря. Слабило, значительное кровотеченіе.

25 Декабря. Выписанъ вполнѣ здоровымъ.

406) Varices haemorrhoidales.

Р. Р., 28 лѣтъ, студентъ-технологъ. Больной жалуется на кровотеченія, появившіяся уже 4 года тому назадъ. Запоровъ нѣтъ.

10 октября. Операція. Послѣ растяженія сфинктера оказалось, что венозные узлы охватываютъ циркулярно всю слизистую, почему она вырѣзана цѣликомъ по Уатгэду. Кэтгутъ. Хлороформъ.

16 октября. Отошли всѣ швы. Слизистая сзади не вполнѣ спаялась. Дано слабительное.

Дальше перевязки каждый день.

24 октября. Выписанъ.

407) Varices haemorrhoidales.

Г. А., 21 года, студентъ. Около 2-хъ лѣтъ страдаетъ кровотеченіями при дефекціи, имѣется нѣсколько геморроидальныхъ узловъ.

3 декабря. Операція. Три шишки прожжены Paquelin'омъ, 2 отожжены.

Температура не поднималась. Болей особенныхъ не было.

8 декабря. Дано слабительное. Выписанъ здоровымъ.

408) Varices haemorrh.

А. Ж., 24 лѣтъ, дѣвица, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Геморроемъ страдаетъ около года. Довольно сильныя кровотеченія. На лѣвой ногѣ unguis incornatus.

10 декабря. Подъ хлороформомъ прожжены шишки и удаленъ ноготь.

Заживленіе хорошее. 18 Декабря. Выписалась.

409) Varices haemorrhaidales.

А. А., 36 лѣтъ, женатъ, приказчикъ. Геморроемъ страдаетъ лѣтъ 15. За послѣднее время сильныя кровотеченія. Шишки наружныя и внутреннія.

26 ноября. Подъ хлороформомъ 3 внутреннія шишки отвязаны, одна отожжена.

Наружныя шишки прожжены.

5 декабря. Шишки отвалились. Прижиганіе ляписомъ.

7 декабря. Выписанъ.

410) Varices haemorrhoidales.

А. З., 47 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Геморроемъ страдаетъ 5 лѣтъ. Лѣтъ 15 запоры. За послѣднее время частыя кровотеченія при испражненіи.

2 января. Подъ хлороформомъ 4 внутреннія шишки отвязаны, наружныя прожжены.

12 января. Шишки отпали.

13 января. Выписанъ для амбулаторнаго лѣченія.

411) Varices haemorrhoidales.

А. Т., 50 лѣтъ, женатъ, священникъ. Геморроемъ страдаетъ около 15 лѣтъ. За послѣдніе два года особенно сильное кровотеченіе. Запоръ.

7 ноября. Подъ эфиромъ 4 внутреннихъ шишки отвязаны. Наружныя прожжены Paquelin'омъ.

13 ноября. При испражненіи кровотеченіе.

16 ноября. Шишки отпали.

18 ноября. Выписанъ.

412) Varices haemorrhoidales.

Б. Б., 61 года, женатъ, крестьянинъ. Страдаетъ геморроемъ съ молодыхъ лѣтъ. Послѣдніе два года бываютъ сильныя кровотеченія. Шишки невправляются.

7 октября. Отвязаны шишки. Продолжительность операціи 20 мин., хлороформ. 12,0.

15 октября. Шишки отпали.

19 октября. Выписанъ.

413) Varices haemorrhoidales.

В. З., 28 лѣтъ, холостъ, ювелиръ. Геморроемъ страдаетъ около 3-хъ лѣтъ. Запоры, иногда кровотеченія.

25 ноября. Подъ хлороформомъ 3 внутреннія шишки отвязаны. Наружныя прожжены Paquelin'омъ.

4 декабря. Шишки отпали. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

414) Varices haemorrhoidales.

С. Б., 45 лѣтъ, женатъ, извозчикъ. Страдаетъ геморроемъ лѣтъ 15. Часто бываютъ кровотеченія.

30 января. Подъ хлороформомъ четыре внутреннихъ шишки отвязаны. Наружныя отожжены.

6 февраля. Шишки отпали.

8 февраля. Выписанъ.

415) Varices haemorrdoidales.

М. Б., 42 лѣтъ, замужняя, поступила въ клинику 22 сентября. Страдаетъ геморроемъ около 9 лѣтъ; кровотеченія бывали изрѣдка раза два въ годъ, теряла крови каждый разъ около стакана.

24 сентября. Операція—отвязываніе геморроидальныхъ шишекъ подъ эфирнымъ наркозомъ, отвязано всего 4 шишки, въ нихъ впрыснутъ концетрир. растворъ карболовой кислоты.

Заживленіе безъ осложненій. Шишки отпали на 10—12 день

12 октября. Выписалась.

416) Varices haemorrhoidales.

Р. И., 22 лѣтъ, дочь почетнаго гражданина, живетъ въ Томскѣ, поступила 7 ноября выписалась 23 ноября.

Геморроемъ страдаетъ года три, были небольшія кровотеченія. Въ роду есть предрасположеніе къ заболѣванію геморроемъ; отецъ и сестра больной имѣютъ геморрой.

10 ноября. Сдѣлана операція подъ хлороформомъ—отвязываніе геморроидальныхъ шишекъ. Послѣопераціонный періодъ протекъ безъ всякихъ осложненій при нормальной температурѣ. Шишки отпали на 7—8 день.

23 ноября. Больная выписалась.

417) Varicrs haemorrhaidales.

П. М., 27 лѣтъ, холостъ, врачъ. Отецъ больного страдалъ геморроемъ. Самъ больной болѣе 10 лѣтъ тому назадъ впервые замѣтилъ у себя въ области задняго прохода шишку, которая вскорѣ лопнула и дала обильное кровотеченіе.

Послѣ этого почти каждая дефекція сопровождалась потерей крови. Число шишекъ увеличилось, появились запоры, присоединились явленія проктита.

29 октября. Больной поступилъ въ клинику, гдѣ на слѣдующій день ему была сдѣлана операція: четыре внутреннихъ шишки были отвязаны, двѣ наружныхъ прожжены Paquelin'омъ.

Въ послѣоперaціонномъ періодѣ никакихъ осложненій не было. 7 ноября. Шишки отпали. 10 ноября. Выписанъ.

418) Varices haemorrhndales.

М. В., 50 лѣтъ, женатъ, станичный атаманъ. Отецъ больного и четверо братьевъ страдаютъ геморроемъ. 25 лѣтъ отъ роду больной впервые замѣтилъ въ окружности задняго прохода шишки. Появились запоры, кровотеченія. При изслѣдованіи въ клиникѣ 15 ноября найдено 3 большихъ геморроидальныхъ узла и нѣсколько маленькихъ.

20 ноября. Операція. Большія шишки отвязаны, малыя прожжены.

29 ноября. Шишки отпали. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

419) Varices haemorrhoidales.

Д. С., 27 лѣтъ, женатъ, техникъ. Геморроемъ страдаетъ года $1^1/_2$. Были иногда кровоточенія. Видно нѣсколько наружныхъ шишекъ.

27 ноября. Операція. Послѣ растяженія сфинктера оказалось, что вся слизистая кругомъ занята геморроидальными узлами, сдѣлано иссѣченіе слизистой по Уатгэду.

5 декабря. Всѣ швы отошли. Слизистая держится хорошо.

8 декабря. Больной выписанъ.

420) Varices haemarrhoidales.

В. Р., 61 года, женатъ, конторщикъ. Геморроидальныя шишки существуютъ съ молодыхъ лѣтъ, кровотеченія начались въ послѣдній годъ. Шишки временами выпадаютъ наружу и ущемляются.

20 сентября поступилъ въ клинику. Больной плохого питанія, блѣдный, тоны сердца глухіе; emphysema pulm. начинающійся tabes dorsalis. Геморроидальныя шишки легко выпадаютъ, величиной съ грецкій орѣхъ.

25 сентября. Подъ хлороформомъ сдѣлана операція—четыре шишки отвязаны, одна прожжена.

2 октября. Шишки отпали. 6 октября. Выписанъ.

421) Varices haemorrhoidales.

И. А., 29 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. На 18 году сталъ страдать запорами. 6 лѣтъ тому назадъ впервые появились шишки въ заднемъ проходѣ и кровотеченія. 9 ноября поступилъ въ клинику.

Тѣлосложенія правильнаго, питанія подорваннаго. При изслѣдованіи пальцемъ per anum прощупывается нѣсколько шишекъ.

13 ноября. Операція. 3 шишки отвязаны и одна прожжена.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ хорошо. Въ первые дни моча выпускалась катетеромъ.

22 ноября. Всѣ шишки отпали. 25 ноября. Выписанъ.

422) Varices haemorrhoidales.

А. Ш., 33 лѣтъ, женатъ, приказчикъ. Страдаетъ геморроемъ лѣтъ 6—7. Были запоры и кровотеченія.

22 сентября. Операція. Геморр. узлы одиночныя—четыре отвязаны, наружныя прожжены. Заживленіе безъ осложненій.

4 октября. Выписанъ.

423) Varices haemorrhoidales.

К. М., 27 лѣтъ, женатъ. Около 6 лѣтъ страдаетъ запорами и кровотеченіями изъ задняго прохода. Имѣются 3—4 наружныхъ геморроидальныхъ узла.

21 марта. Операція. Четыре шишки отвязаны и одна прожжена.

27 марта. Шишки отпали. 28 марта. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

424) Varices haemorrhoidales.

С. В., 35 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Геморроемъ страдаетъ около 8 лѣтъ.

По временамъ бываютъ кровотеченія, почти всегда запоры. 10 марта обратился въ клинику. Имѣются нѣсколько наружныхъ геморроидальныхъ узловъ. Въ остальномъ здоровъ.

20 марта. Операція. 3 шишки отвязаны, одна прожжена.

30 марта. Выписанъ.

425) Varices haemorrhoidales.

С. Ф., 28 лѣтъ, холостъ, студентъ. Лѣтъ 5 тому назадъ впервые замѣтилъ шишки въ окружности задняго прохода. Страдаетъ запорами, иногда бываютъ незначительныя кровотеченія.

2 марта. Операція. По растяженіи подъ наркозомъ сфинктера оказалось, что шишки циркулярно окружаютъ прямую кишку. Сдѣлано вырѣзываніе всей слизистой по Уатгэду.

Заживленіе шло безъ всякихъ осложненій. Слизистая прижила почти всюду за исключеніемъ незначительнаго участка справа.

25 марта. Больной выписанъ.

426) Varices haemorrhoidales.

І. К., 26 лѣтъ, холостъ, приказчикъ. Геморроемъ страдаетъ около 6 лѣтъ. Часто замѣчалъ въ калѣ прожилки крови. Въ окружности задняго прохода имѣется нѣсколько геморроидальныхъ узловъ.

14 марта. Подъ хлороформомъ сдѣлано отвязываніе шишекъ.

24 марта. Шишки отпали всѣ. 27 марта. Выписанъ.

427) Varices haemorrhoidales.

И. Б., 43 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Отецъ и сестра больного страдали геморроемъ. Самъ больной до 30 лѣтняго возраста пользовался хорошимъ здоровьемъ, а послѣдніе лѣтъ 10—12 страдаетъ запорами и кровотеченіями изъ задняго прохода. Въ клинику поступилъ 10 февраля. Внутренніе органы нормальны. Въ заднемъ проходѣ нѣсколько наружныхъ гемморoидальныхъ узловъ.

Операція—отвязываніе геморр. узловъ. Заживленіе безъ осложненій.

428) Fistula ani.

Д. Д., 25 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. Года три тому назадъ въ заднемъ проходѣ былъ нарывъ, который прорвался самъ, но на его мѣстѣ образовался свищъ. Правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. На мѣстѣ перехода кожи въ слизистую прямой кишки имѣется фистула. Введенный въ нее зондъ выходитъ въ просвѣтъ кишки.

13 октября. По зонду свищъ вскрытъ и выскобленъ ложкой. Черезъ двѣ недѣли больной выписался съ вполнѣ закрытой раной.

429) Fistula ani.

А. С., 29 лѣтъ, холостъ, торговецъ. Мѣсяца три тому назадъ замѣтилъ у себя свищъ задняго прохода, изъ котораго выдѣлялся гной.

Больной крѣпкаго сложенія. Имѣется хроническій уретритъ. Около задняго прохода находится отверстіе свища, идущаго въ прямую кишку. Свищъ пропускаетъ только пуговчатый зондъ.

16 октября. Операція. По зонду свищъ вскрытъ.

17 октября. Опій съ висмутомъ. Жидкая пища.

19 октября Перевязка. Рана чистая.

23 октября. Рана чистая. Ксероформъ. Выписался для амбулаторнаго леченія.

430) Rhogades ani et varic. haemorrh.

Е. Т., 38 лѣтъ, замужняя, занимается торговлей. Во время первыхъ родовъ (12 лѣтъ тому назадъ) получила поверхностный разрывъ промежности, который самъ собою зажилъ .Съ тѣхъ поръ испражняться стала съ сильной болью. Все время прибѣгала къ слабительнымъ.

Больная крѣпкаго сложенія, питанія очень хорошаго. На промежности небольшой рубецъ. Сфинктеръ судорожно сжатъ. Изслѣдованіе пальцемъ очень болѣзненно. Есть нѣсколько трещинъ.

14 января. Подъ хлорофромомъ сфинктеръ растянутъ ad maximum. Послѣ предварительнаго разрѣза кожи, сфинктеръ разсѣченъ тупоконечнымъ ножемъ. Тампонъ. Перевязка каждый день.

29 января. Рана совсѣмъ поверхностная. Затрудненій, кромѣ небольшой боли въ незакрывшейся ранѣ, при дефекціи не испытываетъ. Выписалась для амбулаторнаго леченія.

19 февраля. Сдѣлана операція—отвязываніе шишекъ.

26 февраля. Отпали всѣ шишки.

3 марта. Выписанъ.

431) Cicatrix recti.

Р. Т. Ч., 57 лѣтъ, вдовъ, крестьянинъ. 12 декабря 1904 г. у больного была резецирована прямая кишка по поводу рака. Въ настоящее время (21 января) на мѣстѣ операціи имѣется плотный рубецъ, препятствующій выходу кала черезъ задній проходъ и черезъ свищъ, лежащій выше anus'а сант. на 5—6.

22 января. Подъ мѣстной анэстезіей кокаиномъ свищъ и задній проходъ соединены между собой такъ что получился очень большой выходъ изъ прямой кишки.

25 января. Выдѣленіе кала свободно. Жалобъ никакихъ.

7 февраля. Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

432) Condyl. acum. circum ani et lob major.

М. К., 30 лѣтъ, жена почетнаго гражданина, живетъ въ Томскѣ, поступила 17 ноября, выписалась 30 ноября.

Кондиломы около задняго прохода существуютъ около полугода, постепенно разростаясь они заняли всю промежность и поверхность большихъ губъ.

Больной сдѣлано отжиганіе кондиломъ Paquelin'омъ и выскабливаніе острой ложкой, получилась большая раневая поверхность, которая лечилась асептическими повязками.

433) Condilomata acuminata.

Я. Р., 26 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Въ февралѣ н. г. страдалъ уретритомъ.

Недѣль шесть тому назадъ сталъ замѣчать въ заднемъ проходѣ шишки, число которыхъ все увеличивалось.

27 ноября поступилъ въ клинику. Въ области задняго прохода имѣются кондиломы, гребенчатообразной формы, болѣзненныя при дотрагиваніи.

20 ноября. Операція. Кондиломы захватывались щипцами, отрѣзались и прижигались Paquelin'омъ, кровотеченіе незначительно. Тампонъ и повязка.

Послѣопераціонный періодъ протекалъ гладко, безъ повышенія температуры.

4 декабря. Больной выписанъ.

434) Periproctitis.

О. Л., 23 лѣтъ, студентъ. Съ недѣлю тому назадъ появились боли въ области задняго прохода. Вчера былъ знобъ. 28 сентября поступилъ въ клинику. Съ правой стороны anus'а имѣется абсцессъ, величиной съ грецкій орѣхъ. Подъ мѣстной анэстезіей хлор.-этиломъ абсцессъ вскрытъ. Масса вонючаго гноя. Тампонъ. Перевязки черезъ день. Рана хорошо гранулируетъ.

4 октября. Выбылъ съ почти зажившей раной.

435) Periproctitis.

Н. А., 27 лѣтъ, холостъ, студентъ. Съ недѣлю тому назадъ почувствовалъ боль съ лѣвой стороны задняго прохода. Поднялась температура. Подъ мѣстной анэстезіей хлор.-этиломъ абсцессъ вскрытъ.

20 апрѣля. Больной оставилъ клинику для амбулаторнаго леченія.

Болѣзни и поврежденія конечностей.

А) Верхнія конечности.

436) Fractura antibrachii.

К. Ф., 13 лѣтъ, крестьянинъ. Третьяго дня попалъ правой рукой въ вѣялку, причемъ получился открытый переломъ обѣихъ костей предплечья съ сильнымъ раненіемъ мягкихъ частей. 2 марта доставленъ въ клинику. Переломъ въ серединѣ предплечья, нижняя часть совершенно размозжена и въ состояніи гангрены. Сдѣлана ампутація нѣсколько ниже локтеваго сустава.

Заживленіе шло хорошо.

17 марта. Больной оставилъ клинику съ почти закрытой раной.

437) Fractura antibrachii.

А. С., 42 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Третьяго дня сельскохозяйственной машиной больному размозжило лѣвую руку на серединѣ предплечья.

17 марта. Поступилъ въ клинику. Имѣется открытый переломъ обѣихъ костей предплечья. Рана издаетъ гнилостный запахъ. Сдѣлана ампутація нѣсколько ниже локтеваго сустава.

Рана заживала вторымъ натяженіемъ. Больной оставилъ клинику 20 апрѣля съ почти закрывшейся раной.

438) Fractura humeri.

Е. Б., 34 лѣтъ дѣвица, фельдшерица. Избита толпой 20 октября. Въ средней трети праваго предплечья огнестрѣльная сквозная рана. Кости не повреждены. На плечѣ кость сломана въ двухъ мѣстахъ: въ нижней и средней третяхъ плеча; переломы закрытые.

1 ноября. Рука положена въ шину. Черезъ день перевязки въ области предплечья.

19 ноября. Рана на предплечьѣ закрылась. На мѣстѣ перелома мозоль; подвижности нѣтъ.

2 декабря. Подвижность въ локтевомъ суставѣ ограничена. Понижена чувствительность и подвижность въ области n. ulnaris. Массажъ и ванны.

439) Lxatio humeri et fractura colli chirur. ostis humeri sinistri.

А. Х., 40 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. 4 мѣсяца тому назадъ упалъ на лѣвую руку. Получилъ вывихъ въ плечевомъ суставѣ и переломъ на мѣстѣ хирургической шейки. Вправленіе тотчасъ послѣ вывиха не удалось.

9 ноября. Подъ хлороформомъ операція. Переломъ не сросся. Головка плечевой кости приросла къ клювовидному отростку такъ крѣпко, что ее пришлось удалять по частямъ. Плечевая кость поставлена правильно. Швы и тампоны. Перевязки каждый день. Рана выполняется.

21 ноября. Пассивныя движенія въ локтѣ.

30 ноября. Пассивныя движенія въ плечевомъ суставѣ. Поднимаетъ руку вмѣстѣ съ лопаткой. Постепенно движенія въ суставѣ становились свободнѣе.

440) Luxatio et fractura humeri.

С. Г., 39 лѣтъ, холостъ. Въ сентябрѣ минувшаго года упалъ съ сѣновала, причемъ ударился лѣвымъ плечомъ. Съ тѣхъ поръ въ этомъ плечѣ боль и неподвижность. Безуспѣшно лѣчился растираніями. Больной правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. Лѣвая плечевая суставная впадина пуста, головка плеча лежитъ подъ ключицей, почти неподвижна. Движенія въ суставѣ крайне незначительны. Попытка вправить вывихъ не удалась.

12 марта. Разрѣзъ по Kocher'у. Послѣ отдѣленія мягкихъ частей перебитъ acromion. На хирургической шейкѣ переломъ. Головка удалена, плечо поставлено на свое мѣсто. Acromion пришитъ проволокой. Швы и тампонъ.

14 марта. Перевязка. Рана чистая.

16 марта. Сняты швы черезъ одинъ. Тампонъ удаленъ.

18 марта. Кожа на мѣстѣ разрѣза покраснѣла.

21 марта. Краснота исчезаетъ.

31 марта. Рана зажила совсѣмъ. Пассивныя движенія.

12 апрѣля. Подъ накрозомъ суставъ распатанъ. Выписанъ.

441) Fractura humeri.

Н. Т., 18 лѣтъ, холостъ, торговецъ. 31 іюля 1904 года выстрѣломъ изъ дробовика на разстояніи 4—5 вершковъ прострѣлилъ

лѣвое плечо на границѣ средней трети съ нижней. Плечевая кость была раздроблена. Въ городской больницѣ извлечены осколки. Рана зажила совсѣмъ, но получился болтающійся суставъ, съ чѣмъ и поступилъ въ клинику.

17 января. Вскрыты мягкія части до кости. Кость сшита проволочнымъ швомъ. Предварительно тщательно удалена рубцовая ткань. Вставленъ тампонъ. Гипсовая шина.

19 января. Тампонъ вынутъ. Чисто.

21 января. Перевязка. Заживленіе гладкое.

15 января. Выписанъ. Рана совершенно закрылась. Рука поднимается до горизонтальнаго положенія.

442) Неправильно сросшійся переломъ ключицы.

П. Н., 21 года, женатъ, слесарь. Въ началѣ іюня сломалъ себѣ правую ключицу. Ключица срослась неправильно.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Правая ключица послѣ перелома срослась такъ, что внутренній отломокъ стоитъ передъ наружнымъ, и этотъ выстоящій конецъ давитъ на кожу, которая болѣзненна и покраснѣла.

11 октября. Операція. Торчащій отломокъ сбить долотомъ. На кожу швы.

17 октября. Выписался для амбулаторнаго леченія.

443) Luxatio cubiti.

Т. С., 36 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. Во время китайской войны былъ раненъ въ ногу, при паденіи повредилъ себѣ правую руку. Послѣ наложенія гипсовой повязки въ локтевомъ суставѣ получился анкилозъ. Рука согнута подъ угломъ въ 170°, почти неподвижна. При изслѣдованіи рентгеномъ найденъ вывихъ предплечья кзади. Больной можетъ поднять правой рукой до 5 пудовъ и свободно ей работаетъ.

26 ноября. Резекція локтя по Kochery. Тампоны и швы.

29 ноября. Перевязка. Рука отечна. Тампонъ не вынимали.

2 декабря. Перемѣнили тампонъ.

Дальше перевязки черезъ день. Рана постепенно заживала, причемъ нѣсколько разъ приходилось вынимать костные осколки.

23 марта. Рана совсѣмъ зажила. Рука сгибается и расгибается. Граница движенія приблизительно 60°.

Выписался.

444) Luxatio cubiti.

К. П., 27 лѣтъ, женатъ, солдатъ. Мѣсяца полтора тому назадъ въ нетрезвомъ видѣ упалъ на вытянутую правую руку и вывих-

нулъ ее въ локтевомъ суставѣ. Безрезультатно правили простыя бабки.

Вывихъ предплечья заднiй. Рука согнута въ локтевомъ суставѣ подъ очень тупымъ угломъ; подвижность пассивная и активная ограничена. Позади сустава прощупывается pr. olecranon, онъ стоитъ пальца на $1^1/_2$ выше мыщелковъ плеча. На передней поверхности сустава прощупывается нижнiй конецъ humeri. Весь суставъ толще здороваго. На кожѣ правой и лѣвой руки въ области плеча и предплечья Scabies.

20 декабря. Сдѣлана попытка вправленiя вывиха подъ наркозомъ не удалось.

21 декабря. Больной на время выписанъ изъ клиники до исчезновенiя сыпи.

445) Luxatio cubiti.

Е. Т., 31 года, холостъ, чернорабочiй. Въ февралѣ 1903 года послѣ сильныхъ побоевъ лѣвая рука перестала сгибаться въ локтевомъ суставѣ. 25 ноября 1904 г. явился по этому поводу въ клинику, гдѣ найдено, что лѣвая рука не сгибается больше, чѣмъ на 160°, кости предплечья лежатъ кзади отъ плечевой кости. Рентгеноскопiя дала картину вывиха предплечья кзади.

17 декабря. Резекцiя локтя по Kocher'у. Эпифизъ плеча оказался сломаннымъ и приросшимъ къ дiафизу подъ угломъ. Швы и тампонъ.

20 декабря. Сняты верхнiе слои повязки.

21 декабря. Сняты швы. Рана чистая. Тампонъ перемѣнили.

24 декабря—14 января. Перевязки черезъ день. Рана совсѣмъ зажила.

17 января. Выписался для амбулаторнаго леченiя. Рука можетъ быть согнута пассивно до угла 100°.

446) Sarcoma humeri.

Я. К., 39 лѣтъ, женатъ. Десять лѣтъ тому назадъ заболѣлъ сифилисомъ. Лѣчился втиранiями. Мѣсяца 4 тому назадъ у него стала болѣть лѣвая рука—ноющая боль и припухлость.

Въ настоящее время лѣвое плечо утолщено, покрыто лоснящейся кожей, съ ясно просвѣчивающимися сосудами. Утолщенiе главнымъ образомъ въ области m. deltoidei и въ подкрыльцевой впадинѣ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ какъ-бы флюктуацiя. Движенiя въ суставѣ ограничены. Паховыя и локтевыя железы увеличены. Невыносимыя боли.

12 марта. Сдѣланъ пробный проколъ шприцемъ—вышло нѣкоторое количество прозрачной, красноватой жидкости. Аппаратомъ

Потэна жидкости вытянуто около 300,0. Подъ микроскопомъ—разрушенные красные кровяные шарики. Плечо мало уменьшилось въ объемѣ и осталось такимъ-же плотнымъ.

17 марта. Разрѣзъ по наружной сторонѣ m. deltoidei. Подъ тонкимъ слоемъ мышцъ большая полость, содержащая много старыхъ сгусковъ крови, отложенiй фибрина. Стѣнки полости толсты и плотны. Полость находилась въ опухоли, растущей повидимому изъ кости. Опухоль удалена.

20 марта. Рана чистая. Рука нѣсколько отечна.

22 марта. Перевязка. Изъ раны вышло большое количество свѣтлой жидкости. Рука сильно отечна. Температура 39,1—40,3.

24 марта. Впрыснута противострептококковая сыворотка.

26 марта. Была удалена вся конечность съ лопаткой и $^1/_2$ ключицы послѣ предварительной перевязки a. et v. subclaviae. Продолжительность операцiи 1 ч. 30 м., эфира 200,0. При изслѣдованiи удаленной конечности оказалось, что опухоль саркома, ростущая изъ надкостницы плечевой кости. Почти всѣ мышцы, окружающiя суставъ, были поражены.

Заживленiе съ нагноенiемъ при повышенной температурѣ.

11 апрѣля. Выписался съ почти чистой раной для амбулаторнаго лѣченiя.

447) Combustio.

И. Г., 25 лѣтъ, холостъ, портной. Поморозилъ руки въ пьяномъ видѣ 28 декабря 1906 г. 9 января былъ доставленъ въ клинику, гдѣ найдено слѣдующее: по первымъ фалангамъ четырехъ первыхъ пальцевъ обѣихъ рукъ—ясная демаркацiонная линiя, отдѣляющая здоровыя части отъ мертвыхъ, находящихся въ состоянiи сухой гангрены.

19 января. По демаркацiонной линiи ампутированы на обѣихъ рукахъ по 4 пальца, кромѣ большихъ.

Перевязки дѣлались черезъ день. Температура все время была нормальна. Раны удовлетворительно гранулировали.

27 января. Выписанъ для амбулаторнаго леченiя.

448) Ruptura n. n. mediani et ulnaris.

М. Л., 45 лѣтъ, женатъ, чернорабочiй. Въ маѣ м. г. былъ раненъ огнестрѣльнымъ оружiемъ: пуля попала въ верхнюю треть лѣваго плеча и прошла насквозь спереди назадъ. Черезъ 2 мѣсяца рана зажила, и по выздоровленiи больной замѣтилъ, что сгибанiе пальцевъ на лѣвой рукѣ затруднено.

6 марта больной поступилъ въ клинику. Замѣчается атрофія всѣхъ мышцъ лѣвой руки. Въ верхней части плеча, пальца на 3 ниже подмышечной впадины, имѣются два рубца: одинъ на границѣ передней и внутренней поверхностей длиной около 3 сант., другой—на границѣ внутренней и задней поверхности, длиной въ 5 сант. Движенія въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ сохранены вполнѣ, въ лучезапястномъ ограничены, движенія пальцевъ отсутствуютъ. Болевая и тактильная чувствительность на большей части ладони (локтевая сторона) и на тылѣ 2—5 пальцевъ отсутствуетъ.

21 марта. Операція подъ хлороформомъ. Разрѣзъ по внутреннему краю m. bicipitis. Сосудисто-нервный пучокъ оказался на разстояніи 3—4 сант. заключеннымъ въ рубцѣ. Центральные концы n. n. mediani et ulnaris найдены легко, а периферическіе съ большимъ трудомъ. Нервы сшиты при помощи пластики.

26 марта. Сняты швы. Заживленіе гладкое. Больной говоритъ, что чувствуетъ покалываніе въ пальцахъ.

28 марта. Выбылъ изъ клиники съ возстановляющейся чувствительностью и движеніями.

449) Vulnus laceratum antibraclii. Gangrena.

Ѳ. К., 13 лѣтъ, крестьянинъ Томской губ., поступилъ 3 марта, выписался 7 апрѣля 1907 г.

Пять дней тому назадъ рука больного, по словамъ отца, попала въ барабанъ молотилки, зубцами барабана сорвало кожу и мягкія части тыльной поверхности предплечья. Въ настоящее время правая рука въ такомъ состояніи: все предплечье, начиная почти отъ локтеваго сустава (суставъ не тронутъ) и до первыхъ фалангъ пальцевъ съ тыльной стороны обнажено, мягкія части и часть сухожилій разгибателей размозжены и распались, издавая сильное зловоніе, лучезапястный суставъ вскрытъ, кости предплечья въ нижней части обнажены. Пульсъ 120 слабаго наполненія. Сейчасъ-же больному сдѣлана была операція-ампутація въ нижней трети плеча по циркулярному трехмоментному способу. На кожу культи положено два шва, по бокамъ вложены съ обѣихъ сторонъ тампоны. Температура у больного вечеромъ 36,8, пульсъ 100, самочувствіе хорошее. На второй день температура и пульсъ нормальны. Заживленіе шло вторымъ натяженіемъ безъ всякихъ осложненій при нормальной температурѣ. Больной выписался 7 апрѣля 1907 г.

450) Vulnus sclopetarium.

А. Б., 22 лѣтъ, студентъ-технологъ. 21 октября раненъ на близкомъ разстояніи ружейной пулей. Входное отверстіе около

8-10 м.м. на тыльной поверхности середины лѣваго предплечья у локтеваго края; выходное у лучеваго края ладонной поверхности. Края разворочены, торчатъ мышцы, осколки кости и лоскуты кожи. Пульсъ въ лучевой артеріи есть.

22 октября. Рана расширена широкими разрѣзами, очищена отъ осколковъ костей, затампонирована. Температура вечеромъ 39.

23 октября. Температура 38,3—39,5. Пульсъ 120.

24—25 октября. Температура 38,9—39,9. Впрыснуто $1\frac{1}{2}$ флакона антистрептококовой сыворотки. Рѣзкій лимфангоитъ. Спиртовый компрессъ.

26 октября. Температура 38,7. Пульсъ 120. Лимфангоитъ въ одномъ положеніи Впрыснуто 2 флакона антистрептококковой сыворотки.

27 октября. Лимфангоитъ исчезъ.

Перевязки каждый день. Рана гранулируетъ. Отходятъ косточки. Температура нормальна.

15 ноября. Рана закрылась. Сдѣлана рентгенаграфія: недостатокъ костей ulnae 6 сант., radii—2 сант., Движенія лѣвой кисти и пальцевъ рѣзко ограничены. Больной выписанъ.

451) Contractura Dupuytren'a.

Я. С., 38 лѣтъ, женатъ, лоцманъ. Настоящее заболѣваніе началось лѣтъ 12 тому назадъ. Сначала свело четвертый палецъ правой руки, затѣмъ пятый и третій. Затѣмъ тѣ-же пальцы лѣвой руки.

Больной правильнаго сложенія, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны. 3, 4, 5 пальцы обѣихъ рукъ находятся въ полусогнутомъ положеніи. Сгибаніе возможно, разгибаніе нѣтъ. На fascia palmaris прощупываются плотные тяжи.

3 декабря. Операція 1 часъ, эфира 150,0. Вырѣзаны рубцово-измѣненныя фасціи на обѣихъ рукахъ. Разрѣзы дѣлались вдоль сухожилій 4 и 5 пальцевъ обѣихъ рукъ. Швы. Повязки съ шинами.

8 декабря. Сняты швы. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

10 декабря. Выписался.

452) Tuberculosis cubiti.

И. П., 26 лѣтъ, холостъ, чернорабочій. Родители живы и здоровы. Самъ больной 8 лѣтъ тому назадъ получилъ lues. Настоящее заболѣваніе появилось 4 года тому назадъ: незначительная ограниченность движеній, небольшая боль въ правомъ локтевомъ суставѣ. Противосифилитическое леченіе безрезультатно. Тѣлосложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. Органы груди

и живота здоровы. Правый локтевой суставъ увеличенъ, веретинообразной формы. Мыщелки утолщены. Суставъ согнутъ подъ угломъ нѣсколько больше прямого. Возможны незначительныя движенія пронаціи и супинаціи. Сгибаніе только пассивное, разгибаніе невозможно. Болѣзненная точка—внутренній мыщелокъ. Сильныя боли по ночамъ.

5 марта. Операція. Разрѣзъ длиной около 8 сант. отъ наружнаго мыщелка, черезъ наружный край olecrani къ головкѣ луча. Вскрыта суставная сумка, незначительное количество серозной жидкости. Мускулы, прилегающіе къ суставу, оказались инфильтрированными. Суставъ вывихнутъ. Суставная сумка, покрытая грануляціями, удалена ножницами. Концы humeri et olecrani спилены. Головка radii и боковая суставная поверхность ulnae удалены. Незначительные туберкулезные очаги въ кости выскоблены острой ложкой и прижжены Paquelin'омъ. Рана зашита съ тампономъ. Рука фиксирована въ положеніи разгибанія. Операція продолжалась 45 м. Хлороформа 20,0.

6 марта. Слабость. Температура повышена.

8 марта. Перевязка. Гноя нѣтъ.

Дальше черезъ день перевязки.

16 марта. Рана чистая. Сдѣланы пассивныя движенія.

Больной выписанъ для амбулаторнаго леченія.

453) Osteomyelitis proc. olecrani.

П. Б., 55 лѣтъ, женатъ, плотникъ. Три недѣли тому назадъ на лѣвомъ локтѣ появился нарывъ, который прорвался, но черезъ недѣлю закрылся снова. Послѣ этого рука въ области локтя стала пухнуть и сильно болѣть. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Область лѣваго локтеваго сустава опухла, болѣзненна, покраснѣла. На наружной и задней сторонѣ pr. olecrani болѣе мягкое мѣсто. Положенъ согрѣвающій компрессъ. Температура 36—37,6.

1 февраля. Операція. Разрѣзъ отъ верхушки pr. olecrani по заднему краю ulnae. Вышло немного гноя. Зондъ прошелъ въ суставъ. Въ процессъ захваченъ pr. olecronon, который выскобленъ острой ложкой. Рука положена въ шину.

3 февраля. Температура 37,5. Рана чистая. Небольшой инфильтратъ. Согрѣвающій компрессъ изъ сулемы.

5 февраля. Рана чистая. Инфильтратъ исчезаетъ. Компрессъ.

7 февраля. Изъ глубины раны немного гноя. Рана постепенно закрывалась. Температура нормальна. Перевязки съ мазью Микулича.

5 марта. Ранка незначительная. Выписанъ.

454) Lymphadenitis et phlebitis.

Л. Л., 25 лѣтъ, холостъ, офицеръ. Недѣлю тому назадъ поранилъ хлѣбнымъ ножемъ указательный палецъ лѣвой руки. Вчера жаръ и ознобъ, рука стала болѣть и покраснѣла.

Вдоль v. cephalica тянется покраснѣвшая полоса. Въ локтевомъ сгибѣ краснота занимаетъ всю его поверхность и такой-же широкой полосой уходитъ на плечо. Подмышечныя железы увеличены и болѣзнены. Температура 36,7. Спиртовой компрессъ утромъ и содовый вечеромъ.

20 октября. Спиртовой компрессъ. Сдѣланъ разрѣзъ въ локтевомъ сгибѣ, вышло немного гноя. Температура 37. Краснота меньше. Содовый компрессъ.

21 и 22 октября. Спиртовые компрессы. Краснота пропадаетъ. Железы менѣе болѣзненны. Температура 36,7—37,1.

23 октября. Температура 36,6. Выписанъ.

455) Cicatrix post vulnum.

П. К., крестьянинъ, Енисейской губ., поступилъ въ клинику 11 декабря 1903 года, выписался 8 января 1904 года.

Въ началѣ октября 1903 г. разсѣкъ топоромъ тыльную сторону предплечья правой руки. Лѣчился въ участковой больницѣ. Ранка зажила, остался, рубецъ, благодаря которому больной не могъ согнуть и шевелить тремя послѣдними пальцами ульнарной стороны.

Больной тѣлосложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Внутренніе органы здоровы. На тыльной сторонѣ праваго предплечья приблизительно на границѣ нижней трети съ средней—рубецъ, сильно втянутый, неподвижный, поперечный, захватывающій съ ульнарной стороны $^2/_3$ предплечья. Мизинецъ правой руки пригнутъ къ ладони, неподвиженъ, средній палецъ и безъимянный согнуты не до полнаго сгибанія, очень мало подвижны.

Изслѣдованіе на реакцію перерожденія мышцъ дало отрицательные результаты. Разгибаніе указанныхъ трехъ пальцевъ подъ вліяніемъ фародическаго тока не полное.

Температурная, болевая и тактильная чувствительность сохранены.

17 декабря. Операція. Кожный разрѣзъ по длинѣ конечности, приблизительно по средней линіи тыльной стороны предплечья. При этомъ оказалось: m-lus extensor digit communis надсѣченъ у локтеваго края, а extensor digiti minimi совершенно разсѣченъ, и концы его удалены одинъ отъ другого приблизительно сант. на $1^1/_2$.

Пластика по способу Черни. На сближенныя мышечныя брюшки наложенъ шовъ Кохера. Рана зашита. Повязка съ шинкой, держащей ручную кисть въ состоянiи крайняго разгибанiя.

Заживленiе первымъ натяженiемъ. Леченiе массажемъ. Выписался 8 января владѣя всѣми пальцами руки.

456) Contractura flexor'овъ antibrachii.

И., Ф., 22 лѣтъ, холостъ, чернорабочiй. На 3-мъ году жизни былъ дѣтскiй параличъ, послѣ него правая рука и нога не дѣйствовали; затѣмъ нога понемногу отошла, а рука осталась недоразвитой и парализованной. Она сант. на 2 короче лѣвой, мышцы атрофированы. Кисть согнута подъ прямымъ угломъ относительно предплечья. Пассивно можно выпрямить и кисть, и пальцы. Правая нога короче лѣвой.

12 марта. Изъ лучевой и локтевой кости удалены участки длиной въ 5 сант. Концы костей приведены и сшиты проволокой.

1 апрѣля. Заживленiе раны гладкое. Кисть выпрямилась мало. Назначены массажъ и фарадизацiя.

в)

Болѣзни и поврежденія нижнихъ конечностей.

457) Coxytis.

Г. Л., 7 лѣтъ. Въ февралѣ н. г. сталъ жаловаться на боль при ходьбѣ въ тазобедренномъ правомъ суставѣ. Боль постепенно усиливалась. Въ іюлѣ гипсовая повязка на 5 недѣль, успѣха никакого. Также было безуспѣшно впрыскиваніе іодоформенной эмульсіи въ суставъ.

Больной блѣдный, исхудалый. Сердце, легкія, органы живота здоровы. Хромаетъ. Въ области праваго тазобедреннаго сустава опухоль съ ясной флюктуаціей. Нога согнута, приведена, ротирована кнаружи. Суставъ неподвиженъ. Правая нога короче лѣвой.

29 декабря. Операція. Разрѣзъ длиной около 15 сант. по Kocher'у. Суставная капсула поражена туберкулезнымъ процессомъ. Изъ сустава вытекло большое количество жидкаго гноя. Хрящъ на головкѣ бедра мѣстами отслоенъ, мѣстами узурированъ. Головка отпилена. Вертлужная впадина покрыта грануляціями. Въ ней оказался одинъ большой секвестръ и нѣсколько маленькихъ. Всѣ грануляціи частью удалены ножницами, частью острой ложкой. Рана открыта съ іодоформеннымъ тампономъ. Наркозъ хлоформен. прошелъ вполнѣ хорошо. Въ 5 час. вечера mors при явленіяхъ упадка дѣятельности сердца. Вскрытія не было.

458) Ankylosis articul. coxae.

З. А., 25 лѣтъ, дѣвица. Происходитъ изъ здоровой семьи. Въ раннемъ дѣтствѣ перенесла корь и воспаленіе легкаго. 3-хъ лѣтъ страдала воспаленіемъ мозга послѣ котораго появился параличъ нижныхъ конечностей. Параличъ скоро прошелъ, но больная стала прихрамывать на правую ногу. Вмѣстѣ съ этимъ были боли то въ правомъ колѣнѣ, то въ правомъ тазобедренномъ суставѣ.

Питаніе значительно подорвано. Огралы груди и живота отклоненій отъ нормы не представляютъ. Тазобедренный суставъ анкилозированъ, нога согнута, приведена и ротирована кнутри.

15 октября. Операція—резекція тазобедреннаго сустава. Вытяженіе. Заживленіе per granulationem. Температура нормальна.

17 ноября. Вытяженіе снято.

25 ноября. Начала вставать и садиться.

1 декабря. Снята гипсовая повязка и наложена болѣе легкая. Рана зажила совсѣмъ.

3 декабря. Выписана.

459) Coxytis.

П. Т., 4 лѣтъ, сынъ ветеринарнаго фельдшера. Родители здоровы. 11 мѣсяцевъ тому назадъ послѣ небольшой травмы мальчикъ пересталъ свободно ступать на лѣвую ногу. Питаніе плохое, слѣды рахита. Бедро согнуто подъ угломъ приблизительно 140°, повернуто кнутри. Суставъ опухъ, болѣзненъ на ощупь, подвижность значительно ограничена.

20 декабря. Подъ хлороформомъ нога выпрямлена, наложена гипсовая повязка. Ребенокъ въ тотъ-же день выписанъ.

460) Coxytis.

Н. У., 33 лѣтъ, счетоводъ, женатъ. Съ дѣтства начала болѣть лѣвая нога сначала прихрамывалъ, потомъ появились свищи въ области тазобедреннаго сустава.

Больной питанія подорваннаго. Лѣвая нога короче правой сант. на 6, согнута въ тазобедренномъ составѣ подъ угломъ въ 120°, приведена, ротирована кнаружи, подвижности въ суставѣ нѣтъ, въ области сустава 4 рубца отъ бывшихъ свищей. Внутренніе органы нормальны.

1 декабря. Resectio coxae. Разрѣзъ по Kocher'y. Гипсовая повязка съ окномъ.

Перевязки дѣлались черезъ день. Рана заживала хорошо. 26 января появился отекъ мошонки и асцитъ; въ мочѣ 7‰ бѣлка. Молочная діэта Theocin. Постепенно слабѣлъ. Рана оставалась поверхностной.

15 февраля. Смерть. На вскрытіи—амилоидъ внутреннихъ органовъ.

461) Coxytis.

И. С., 26 лѣтъ, холостъ, матросъ. Лѣтъ 12 тому назадъ послѣ паденія на лѣвый тазобедренный суставъ сталъ чувствовать въ немъ боль. Съ теченіемъ времени въ суставѣ развился гнойникъ, появились свищи. Черезъ 1½ года процессъ закончился: всѣ явленія исчезли, свищи зажили, но конечность стала короче. При поступленіи въ клинику у больного найдено слѣдующее: лѣвая нога согнута и ротирована кнутри, короче правой на 8 сант. На

мѣстѣ trachanteris majoris большая костная опухоль, немного болѣзненная. Головка сильно атрофированная, прощупывается на своемъ мѣстѣ. Въ колѣнномъ суставѣ подвижность свободная, въ тазобедренномъ сильно ограничена.

1 ноября. Операція. Разрѣзъ по Kocher'у. Долотомъ перебита шейка бедра, удалена головка. Суставная впадина выскоблена острой ложкой. Тампонъ. Шина.

5 ноября. Перевязка. Сняты швы. Рана чиста. Наложена гипсовая повязка съ окошкомъ.

Перевязки черезъ день.

13 ноября. Рана чистая. Кость еще обнажена.

Перевязки черезъ день. Рана выполняется.

18 декабря. Снята гипсовая повязка. Нога стоитъ прочно. Въ нижнемъ карманѣ немного гноя. Рана гранулируетъ.

8 января. Удаленъ небольшой секвестръ.

13 января. Выписанъ съ почти закрывшейся раной.

462) Coxytis.

В. И., 24 лѣтъ, женатъ, хлѣбопашецъ. Происходитъ изъ здоровой семьи. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Лѣтъ 6 тому назадъ сталъ замѣчать, что правая нога какъ бы тяжелѣе лѣвой. Затѣмъ она стала плохо сгибаться въ тазобедренномъ суставѣ, больной сталъ прихрамывать, появились боли въ колѣнѣ. $1^1/_2$ года тому назадъ на наружной поверхности бедра въ верхней трети появился натечный абсцессъ, который вскрылся самъ собой, вышло много гноя и мелкихъ косточекъ.

Больной ослабленнаго питанія. Правая нога на 5 сант. короче лѣвой. Подвижности въ тазобедренномъ суставѣ нѣтъ. Нога согнута въ этомъ суставѣ и приведена. Больной ходитъ съ палкой. На бедрѣ на мѣстѣ большаго абсцесса свищъ, изъ котораго выдѣляется гной.

17 января. Операція. Головка совершенно изъѣдена. Вертлужная впадина выскоблена острой ложкой. Свищъ раскрытъ и тоже выскобленъ. Тампонъ. Шина.

21 января. Перевязка. Много гноя. Вытяженіе. 24 января. Гноя меньше.

29 января. Гной задерживается въ свищѣ, сама рана гранулируетъ хорошо.

6 февраля. Гноя въ свищѣ меньше.

Перевязки черезъ день. Рана заживаетъ. 17 марта. Снято вытяженіе, есть небольшая подвижность. 21 марта. Много гноя.

23 марта. Острой ложкой выскоблена вся рана. 25 марта. Ходитъ.

Перевязки черезъ день. Гноя нѣтъ. 9 апрѣля. Выписанъ съ почти зажившей раной.

463) Coxytis.

А. Д., 19 лѣтъ, дѣвица. Нога правая заболѣла съ двухъ лѣтъ. До 7 лѣтъ не ходила совсѣмъ, съ 7 лѣтъ до 10 ходила на костыляхъ, а послѣ этого, значительно хромая, ходила безъ помощи костылей. Нога все время была короче лѣвой. Болей сначала не чувствовала. Въ декабрѣ 1902 г. появилась боль во всей ногѣ, ломота въ костяхъ, особенно усиливавшаяся по ночамъ. Безъ успѣха лѣчилась массажемъ и электрическими ваннами. Въ мартѣ 1903 г. слегла въ постель. 15 марта въ желѣзнодорожной больницѣ сдѣлано resectio coxae. Рана закрылась въ половинѣ іюля. Черезъ недѣлю послѣ выписки изъ больницы опять въ ногѣ сильныя боли, снова леченіе массажемъ и электрическими ваннами. Было небольшое облегченіе. Мѣсяца $1^1/_2$ назадъ снова сильныя боли въ головкѣ бедра.

Тѣлосложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Въ области праваго тазобедреннаго сустава рубецъ отъ бывшей операціи, кпереди отъ рубца выдается утолщенный конецъ бедра, очень болѣзненный при давленіи. Нога въ этомъ суставѣ подвижна, короче лѣвой на 7 сант.

4 февраля. Подъ хлороформомъ операція. Около trochanter'а лежала киста, наполненная распадомъ видимо туберкулезнаго характера. Киста эта удалена цѣликомъ съ оболочкой. Рана затампонирована.

6 февраля. Сняты верхніе слои повязки. Температура 37,1—37,2

8, 10, 13, 15, 17 февраля. Перевязки. Рана чистая.

25 февраля. Заживленіе идетъ гладко.

3 марта. Выписалась для амбулаторнаго леченія.

464) Coxytis.

М. П., 16 лѣтъ, крестьянинъ. Въ іюнѣ 1904 года появилась боль въ лѣвомъ паху, постепенно увеличивавшаяся. Съ февраля т. г. больной безъ палки уже не ходитъ. Область тазобедреннаго сустава припухла, нога согнута, приведена. Подъ правой ключицей притупленіе.

12 октября. Подъ хлороформомъ операція. Ниже trochanter major вскрытъ гнойникъ, полость его выскоблена. Тампонъ.

Перевязки дѣлались каждый день. Рана заживала вяло.

17 января. Выписанъ. Свищъ не закрылся. Выдѣляется много гноя. Въ легкихъ туберкулезъ.

465) Coxytis.

В. Д., 5 лѣтъ. Ножка заболѣла въ декабрѣ прошлаго года. Ходить перестала въ январѣ т. г. На бедрѣ есть свищъ, который ведетъ къ тазобедренному суставу.

30 сентября. Resectio coxae. Головка бедра сильно разрушена каріознымъ процессомъ. При вывихиваніи бедра надломлена бедренная кость тотчасъ выше колѣна. Нога положена въ шину.

Перевязки черезъ день. Рана чистая, выполняется.

10 октября. Наложена гипсовая повязка.

Перевязки черезъ день. Температура слегка повышена.

31 октября. Перемѣнили гипсовую повязку. Рана чистая, края отстоятъ одинъ отъ другого на полпальца. Выписалась.

466) Coxytis.

И. В., холостъ, 18 лѣтъ, крестьянинъ. Болѣетъ съ 6 лѣтъ. Въ настоящее время правая нога согнута въ тазобедренномъ суставѣ, имѣется неподвижность, рубцы отъ бывшихъ свищей. На верхушкѣ лѣваго легкаго притупленіе.

15 декабря. Подъ хлороформомъ резекція тазобедреннаго сустава. Нога въ правильномъ положеніи фиксирована.

19 декабря. Гипсовая повязка.

Перевязки каждый день. Рана закрывается хорошо. Температура слегка повышена все время. Въ легкихъ изрѣдка подъ правой ключицей—хрипы.

26 января. Гипсовая повязка снята. Кость срослась.

28 января. Ходитъ съ костылями. Рана поверхностная. Перевязки ежедневно.

13 февраля. Выписанъ съ вполнѣ закрытой раной.

467) Coxytis.

Ф. Б., 12 лѣтъ. 4 года тому назадъ послѣ ушиба сталъ болѣть лѣвый тазобедренный суставъ, дѣвочка захромала. Затѣмъ въ области сустава стали появляться періодически абсцессы. Послѣдній абсцессъ образовался въ сентябрѣ т. г., прорвался самъ, свищъ не зажилъ до сихъ поръ. Косточки не выходили. Подвижность въ суставѣ есть.

31 января. Операція подъ эфиромъ. Разрѣзъ по свищу. Была поражена bursa trochanterica, которую вылущили цѣликомъ. Іодоформенный тампонъ.

Перевязки черезъ день. Рана постепенно закрывалась.

15 февраля. Выписалась для амбулаторнаго леченія.

468) Coxytis.

П. Т., 7 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ жалобами на боли и свищи въ правомъ тазобедренномъ суставѣ. Нога заболѣла 4 года тому назадъ послѣ ушиба. Въ настоящее время въ тазобедренномъ суставѣ подвижность ноги ограничена; въ области сустава припухлость и свищъ съ гнойнымъ отдѣляемымъ. Внутренніе органы здоровы.

19 февраля. Подъ хлороформ. наркозомъ расщепленъ свищъ, оказался гнойникъ, не проникающій въ суставъ, сдѣлано два противоотверстія, рана затомпонирована. Заживленіе per granulationem безъ осложненій.

16 марта. Больной выписался съ небольшой раневой поверхностью.

469) Coxytis.

М. Б., 11 лѣтъ, крестьянка Красноярскаго уѣзда, поступила 18 сентября, выписалась 8 ноября 1906 года.

Больна около 4-хъ лѣтъ, первое время нога сильно болѣла, въ послѣднее время боли нѣтъ и больная слегка приступаетъ на ножку. Правая нога согнута въ тазобедренномъ суставѣ, приведена и поворочена кнутри, трохантеръ стоитъ выше Roser-Nelaton'овской линіи, ощупываніе безболѣзненно, инфильтрата нѣтъ. Правая нога при измѣреніи отъ Spin ant sup. короче лѣвой на 8 сант. Внутренніе органы отклоненій отъ нормы не даютъ. Дѣвочка развита слабо, питаніе ниже средняго, покровы блѣдны.

20 сентября. Операція. Разрѣзъ по Kocher'y. Мѣсто прикрѣпленія мышцъ къ кости сбито долотомъ, головка отдѣлена отъ сращеній, перерѣзанъ напрягавшееся сухожиліе tensoris fasciae latae. Нога выпрямлена. Положено вытяженіе. Наркозъ безъ осложненій. Самочувствіе больной хорошее. 23 сентября перевязка. Рана чиста, введенъ небольшой тампонъ, снова положено вытяженіе.

26 сентября. Перевязка. Тампонъ пропитанъ лишь кровью, сняты швы. Въ дальнѣйшемъ теченіи рана постепенно выполнялась при нормальной температурѣ, больная чувствуетъ себя хорошо.

13 октября. Наложена гипсовая повязка.

18 октября. Больная въ повязкѣ ходитъ.

5 ноября. Повязка снята. Больная ходитъ безъ повязки. 8 ноября. Выписалась.

470) Coxytis.

Е. Ш., 6 лѣтъ, крестьянинъ изъ Ново-Николаевска Томской губ., поступилъ 21 сентября.

Заболѣлъ на второмъ году, передъ этимъ ходилъ: постепенно ножку начало сводить и усиливались боли при ходьбѣ. Мѣсяцевъ черезъ 5—у ребенка обнаружился горбъ. Со стороны наслѣдственности никакихъ указаній на туберкулезъ нѣтъ.

Лѣвая нога въ тазобедренномъ суставѣ стоитъ почти подъ прямымъ угломъ, движенія пассивныя въ этомъ суставѣ затруднены почти до полной невозможности, мышцы ноги атрофированы, нога отведена и поворочена кнаружи. Горбокъ въ нижней части грудныхъ позвонковъ, ощупываніе не болѣзненно. Сердце здорово. Въ легкихъ мѣстами хрипы.

27 сентября. Операція. Разрѣзъ по Kocher'у. Мѣсто прикрѣпленія мышцъ къ трохантру сбито съ пластинк. кости. Шейка бедра перебита и изъ нея взятъ клиновидный кусокъ кости. Перерѣзано сухожиліе tensoris fasciae latae. Наложено вытяженіе.

29 сентября. Перевязка. Рана выглядитъ хорошо. Температура утромъ 37,3, вечеромъ 38,8.

2 октября. Перевязка, изъ раны гной, рана разведена. Температура 37,9—39,3.

3 октября. Разведена передняя рана, въ ней гной. Дальнѣйшее теченіе при высокой температурѣ; раны очищаются, застоя гноя и затековъ не видно. Причина высокой температуры неясна.

Въ ноябрѣ мѣсяцѣ больной выписался съ гипсовой повязкой и не вполнѣ зажившими ранами: на мѣстѣ разрѣза остался узкій свищъ. ведущій къ суставу, изъ него выдѣляется небольшое количество жидкаго гноя.

471) Tuberculosis femoris.

А. М., 5 лѣтъ. Происходитъ изъ здоровой семьи. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Съ $^1/_2$ года тому назадъ сталъ жаловаться на боль въ правой ногѣ. Правое бедро съ внутренней стороны стало опухать, появился нарывъ, который прорвался, но послѣ него остался свищъ.

Органы груди и живота здоровы. Въ нижней трети бедра, съ внутренней стороны имѣется свищъ, ведущій въ кость и выдѣляющій жидкій гной. Нѣсколько выше колѣна, тоже на внутренней сторонѣ бедра—небольшой холодный абсцессъ.

18 октября. Операція. Сначала вскрытъ абсцессъ. Изъ него былъ ходъ въ свищъ по задней поверхности кости. Свищъ расщепленъ. Изъ кости острой ложечкой удалены грануляціонныя массы и нѣсколько небольшихъ секвестровъ. Нога положена въ шину. Операція продолжалась 30 мин., хлороформа 5,0. Заживленіе вторымъ натяженіемъ. Температура все время нормальна.

18 ноября. Ходитъ совершенно свободно. Выписанъ для амбулаторнаго леченія. Кость закрыта. 5 декабря. Рана зажила совсѣмъ.

472) Abscessus femoris.

М. Р., 32 лѣтъ, вдова. Происходитъ изъ здоровой семьи. Раньше ничѣмъ не хворала. 10 августа н. г. родила. Послѣ родовъ на десятый день заболѣла лѣвое бедро. Безрезультатно лѣчилась мазями.

Лѣвое бедро покраснѣло, отечно, ясная флюктуація. Паховыя железы очень болѣзненны. Температура 38,8. Легкія и сердце нормальны. Печень и селезенка нѣсколько увеличены.

18 сентября. Сдѣланъ разрѣзъ на мѣстѣ флюктуаціи длиной вершка 2. Вышло очень много гноя. M-lus rectus очень дряблый.

19 сентября. Перевязка. Красноты нѣтъ. Железы въ паху безболѣзненны. Температура утромъ 36,2, вечеромъ 37.

20 сентября. Рана очищается. Въ колѣнѣ флюктуація меньше Черезъ день перевязки.

29 сентября. Въ колѣнѣ жидкости почти нѣтъ. Встаетъ.

1 октября. Рана совсѣмъ поверхностная. 2 октября. Выписана.

473) Vulnus sclopet. femoris.

И. Б., 20 лѣтъ, крестьянинъ Томской губ., поступилъ въ клинику 14 ноября, умеръ 10 декабря 1903 года.

Доставленъ въ клинику съ стрѣленной раной, рана помѣщается въ средней трети бедра свнутри, круглой формы съ діаметромъ въ 2—2$^1/_2$ сант. края раны сѣраго цвѣта, рваные, отдѣляемое раны ихорозное, зловонное; въ глубинѣ раны видна обнаженная кость и осколки кости.

Рана нанесена два дня тому назадъ выстрѣломъ изъ ружья въ упоръ, ружье было заряжено дробью.

Видъ больного вялый, глаза запали, лицо осунулось, пульсъ частый.

Сдѣланъ широкій разрѣзъ черезъ рану, ткани дряблы, инфильтрированы, сѣроватаго цвѣта, кость раздроблена.

Въ виду ясно выраженнаго септическаго процесса предложена ампутація бедра, которая и произведена съ согласія больного въ верхней трети бедра, ткани здѣсь имѣли здоровый видъ. Рана затампонирована. Больному впрыснутъ 1 флаконъ антистрептококковой сыворотки.

Операція длилась 40 мин., подъ эфиромъ (55,0).

Температура повышена незначительно. Черезъ день перевязки. Рана имѣетъ сѣроватый цвѣтъ зловонна. Кожный лоскутъ омерт-

вѣлъ. Впрыснута антистрептококковая сыворотка. Дальнѣйшее теченіе при высокой температурѣ, рана промывалась растворомъ Kali Hyperman, налеты медленно исчезали, но рана не имѣла жизненнаго вида.

Съ 27 ноября. Явленія пневмоніи: притупленіе въ обоихъ легкихъ, хрипы, гнойная мокрота. 11 декабря умеръ.

474) Sarcoma femoris.

Больной И. С., 42 лѣтъ, женатъ. Заболѣлъ 4 мѣсяца тому назадъ: на внутренней поверхности бедра въ верхней части (близко къ мошонкѣ) появилась небольшая (въ орѣхъ) опухоль, твердая и начавшая быстро расти. Съ мѣсяцъ назадъ, когда опухоль достигла величины кулака, она распалась, появилась язва, проникающая глубоко въ опухоль. Никакихъ страданій больному опухоль не причиняла. Въ настоящее время опухоль величиной съ два кулака, лежитъ поверхностно подъ кожей, съ мышцами не спаяна, подвижна, занимаетъ треугольникъ между разгибателями и аддукторами, больше кзади, такъ что v. saphena magna остается кнаружи. Кожа надъ опухолью истончена, синекраснаго цвѣта. Въ центрѣ язва, проникающая вглубь—на 3—4 сант., съ гнойнымъ отдѣляемымъ. Паховыя железы не увеличены. Общее состояніе удовлетворительно. 9 октября. Операція—вылущеніе опухоли.

Заживленіе per secundam. 17 октября выписался.

475) Osteomyelitis femoris.

А. Ф., холостъ, 26 лѣтъ, приказчикъ. Въ маѣ 1902 г. появились боли въ лѣвомъ бедрѣ. Вскорѣ на наружной сторонѣ бедра образовался нарывъ сопровождавшійся знобомъ и жаромъ. Нарывъ былъ вскрытъ, удалена часть мертвой кости. Остался свищъ, не зажившій до настоящаго времени.

Больной правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. На лѣвомъ бедрѣ, на наружной его сторонѣ имѣется свищъ, который идетъ къ обнаженной кости.

4 октября. Широкій разрѣзъ по свищу. Удаленъ секвестръ, причемъ часть кости сбита долотомъ. Тампонада.

5—6 октября. Температура 39,4—37,6.

7 октября. Перевязка. Гноя мало, рана нѣсколько кровоточитъ.

11 октября. Рана чистая. Кость начала покрываться грануляціями.

13 октября. Грануляціи, сильно разросшіяся, прижжены ляписомъ.

21 октября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

476) Tuberculosis trochanteris majoris.

Т. К., 22 лѣтъ, холостъ, чиновникъ. Лѣтъ 12 тому назадъ заболѣла пятка правой ноги. Сдѣлано выскабливаніе пяточной кости. Лѣтъ 5 тому назадъ появилась боль и припухлость въ области trochan majoris правой ноги. Появившійся нарывъ вскрытъ. Рана то закрывалась, то открывалась.

27 декабря. Свищъ вскрытъ и выскобленъ. Суставъ не поврежденъ.

Перевязки каждый день. Заживленіе идетъ хорошо.

4 января. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

477) Osteomyelitis femoris.

П. С., 19 лѣтъ, дѣвица, крестьянка. Больна лѣтъ 5. 2 года тому назадъ дѣлали операцію въ городской больницѣ; свищъ не закрылся до сего времени. Черезъ него прощупывается шероховатая кость. Нога въ колѣнномъ суставѣ мало подвижна.

16 декабря. Операція—выскабливаніе пораженныхъ участковъ кости.

Перевязки каждый день. Рана хорошо заживаетъ. Температура нормальна.

27 декабря. Ходитъ съ помощью костыля. 2 января. Выписалась.

478) Fractura colli femoris.

М. Н., 40 лѣтъ, замужняя. $^1/_2$ года тому назадъ упала на правую ногу и съ тѣхъ поръ не можетъ ходить. Лѣчилась втираніями различныхъ мазей. При поступленіи въ клинику (17 февраля) найдено слѣдующее: правая нога короче лѣвой на 5 сант. Пассивныя движенія въ тазобедренномъ суставѣ сохранены.

23 февраля. Операція. Шейка бедра сломана, а головка была приращена кзади и книзу отъ суставной впадины. Головка резецирована. На кожу швы. Тампонъ. Гипсовая повязка.

9 марта. Гипсовая повязка снята. Вытяженіе.

Перевязки черезъ день. Рана постепенно заживала.

4 апрѣля. Вытяженіе убрали. Рана поверхностная. Подвижность есть. Наложена гипсовая повязка. 6 апрѣля. Выписалась.

479) Vulnus sclopetarium femoris.

С. Д., 25 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Два года тому назадъ раненъ пулей изъ винтовки. Пуля вошла въ верхнемъ отдѣлѣ

праваго бедра снаружи. Выходного отверстія нѣтъ. Рана заживала съ нагноеніемъ. Въ настоящее время (25 сентября) на мѣстѣ входного отверстія—рубецъ круглой формы. Пуля прощупывается въ ягодичной складкѣ на правомъ крылѣ крестца, подвижна. Больной хорошаго питанія. Всѣ органы груди и живота здоровы.

30 сентября. Операція извлеченіе пули. Пуля сидѣла подъ мышцами, кость и надкостница не повреждены. Рана зашита, вставленъ небольшой тампонъ.

3 октября. Сняты швы. Prima intentio Больной выписался.

480) Luxatio femoris.

Р. З., 29 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. 2 года тому назадъ упалъ изъ экипажа и вывихнулъ лѣвую ногу въ тазобедренномъ суставѣ. Вывихъ не былъ діагносцированъ, и больного лѣчили мазями. Въ постели пролежалъ около 8 недѣль, затѣмъ сталъ ходить съ костылемъ. Другихъ заболѣваній не помнитъ. 10 октября поступилъ въ клинику. Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное. Органы груди и живота здоровы. Нога лѣвая согнута въ тазобедренномъ суставѣ, приведена, укорочена. Большой вертелъ лежитъ выше Roser. Nelat. линіи. Вывихъ задній.

23 октября. Подъ хлороформомъ сдѣлана попытка вправить вывихъ, но безрезультатно. Тогда приступлено къ кровавой операціи. Головка бедра перебита, надрѣзана lig. ileofemoralis. Положено вытяженіе.

Перевязки дѣлались каждый день. Температура все время была нормальна. Рана удовлетворительно гранулировала. 30 ноября. Вытяженіе снято.

2 декабря. Больной садится. 5 декабря. Больной ходитъ, съ костылемъ.

7 декабря. При перевязкѣ въ глубинѣ раны обнаружена и удалена косточка.

13 декабря. При перевязкѣ еще удалена косточка. Рана закрывается быстро. Больной ходитъ съ костылемъ. Въ тазобедренномъ суставѣ есть подвижность.

10 января. Выписанъ съ поверхностной раной.

481) Неправ. сросшійся переломъ бедра.

И. С., 26 лѣтъ, холостъ, крестьянинъ. 12 января 1905 года раненъ на войнѣ ружейной пулей. Пуля вошла въ верхней части бедра спереди, переломила бедренную кость и засѣла въ мягкихъ частяхъ, откуда извлечена. Переломъ сросся подъ угломъ въ 160—170°, открытымъ кнутри. Больной безъ палки не ходитъ.

17 января. Операція подъ хлороформомъ (25,0). Бедренная кость на мѣстѣ перелома перебита долотомъ. Швы и тампонъ. Вытяженіе въ 12 ф.

23 января. Рана чистая, сняты швы.

26 февраля. Вытяженіе снято. Кость срослась. Рана почти закрылась.

Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

482) Abscessus congestivus.

Н. Д., 19 лѣтъ, дѣвица, крестьянка. Натечный абсцессъ на внутренно-передней поверхности верхней трети бедра. Процессъ повидимому локализируется въ тазовыхъ костяхъ. Боли имѣются около полугода.

8 марта. Абсцессъ вскрытъ. Масса сѣроватаго гноя. Тампонъ съ іодоформенной эмульсіей.

11 марта. Перемѣненъ тампонъ. 12 марта. Выписалась.

483) Luxatio femoris.

Д. К., 11 лѣтъ. Заболѣла двѣ недѣли тому назадъ: больная стояла на полу, раздвинувши ноги, въ это время ей на спину прыгнула другая дѣвочка. Больная упала и съ тѣхъ поръ не ходитъ. Лѣвая нога сильно приведена и ротирована внутрь, подвижность въ тазобедренномъ суставѣ ограничена, но все же довольно значительна.

23 февраля. Подъ наркозомъ вывихъ вправленъ. Гипсовая повязка.

3 марта. Выписалась съ гипсовкой.

484) Tuberculosis genu.

М. К., 5 лѣтъ, сынъ крестьянина Иркутской губерніи, поступилъ 1 ноября, выписался 12 декабря 1903 года.

Заболѣлъ годъ тому назадъ: легкія боли въ колѣнѣ при ходьбѣ, прихрамываніе; черезъ мѣсяца полтора ножку стало сводить въ колѣнномъ суставѣ.

Въ роду туберкулезныхъ больныхъ нѣтъ. Мальчикъ здоровый на видъ; окраска кожи и слизистыхъ нормальна, лимфатическія железы не увеличены; органы груди и живота здоровы. Правая нога согнута въ колѣнѣ почти подъ прямымъ угломъ, активной подвижности въ суставѣ нѣтъ, пассивная возможна въ самыхъ ограниченныхъ размѣрахъ. Концы костей, составляющихъ колѣнный суставъ, слегка утолщены, слабо болѣзненны при давленіи-

незначительная припухлость по обѣ стороны patellae тѣстоватой консистенціи, patella неподвижна.

3 ноября. Операція—Resectio genu подъ хлороформомъ 10,0. Продолжительность операціи 1 часъ.

Кожный разрѣзъ по Textor'у. Суставная сумка утолщена, покрыта сплошь разрощеніями сѣроватаго цвѣта; крестообразныя связки перерождены. Всѣ перерожденныя ткани удалены цѣликомъ, суставный хрящъ поверхностно снятъ ножемъ. Кости процессомъ не поражены. Рана зашита, по бокамъ вставлены небольшіе іодоформенные тампоны. Наложена гипсовая повязка со скобой.

6 ноября. Тампоны перемѣнены, слегка влажны, гноя нѣтъ.

9 ноября. Нога слегка согнулась въ колѣнѣ, наложена новая гипсовая повязка.

13 ноября. Удалены тампоны.

Заживленіе гладкое первымъ натяженіемъ, за исключеніемъ того мѣста, гдѣ были вставлены тампоны.

2 декабря. Наложена сплошная гипсовая повязка, такъ какъ рана совсѣмъ зажила, больной началъ ходить.

12 декабря. Выписался въ гипсовой повязкѣ.

485) Tuberculosis genu.

О. Т., 16 лѣтъ, дѣвица, крестьянка. Происходитъ изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ перенесла корь и кромѣ этого ничѣмъ не хворала. 2 года тому назадъ послѣ ушиба праваго колѣна больная стала чувствовать въ немъ нѣкоторую неловкость. Послѣ присоединились боли. Больная при ходьбѣ щадила ногу, но болѣзненныя явленія все усиливались. Суставъ постепенно опухъ, въ немъ образовались свищи, изъ которыхъ вытекалъ жидкій гной. Подвижность сустава постепенно уменьшалась и наконецъ онъ сдѣлался вовсе неподвижнымъ.

Больная правильнаго тѣлосложенія, питанія ниже средняго. Внутренніе органы нормальны. Правый колѣнный суставъ деформированъ и неподвижно согнутъ почти подъ прямымъ угломъ. Кожа надъ суставомъ синюшна и пробита пятью свищами. Правый голеностопный суставъ мало подвиженъ. Стопа въ положеніи pes varus. Tendo Achilli напряжено.

15 ноября. Операція. Tenotomia Ахиллова сухожилія и резекція колѣннаго сустава. Надколѣнная чашка удалена. Подозрительныя мѣста на отдѣльныхъ концахъ костей выжжены Paquelin'омъ. Въ рану тампоны. Шина и гипсовая повязка.

17 ноября. Перемѣнены тампоны. Рана чиста.

20 ноября. Сняты швы.

Перевязки черезъ день. Температура нормальна.

20 декабря. Гипсовая повязка снята. 22 декабря. Выписана.

486) Tuberculosis genu.

А. П., 20 лѣтъ, дѣвица. Лѣтъ 12 тому назадъ безъ всякой замѣтной причины стали появляться, особенно къ концу дня, боли въ правомъ колѣнѣ. Боли эти съ годами усиливались, колѣно припухло. Въ настоящее время 18 октября колѣно увеличено, веретенообразной формы, съ тѣстоватой припухлостью. Подвижность въ колѣнѣ сохранена не до полнаго разгибанія, такъ что нога остается согнутой подъ очень тупымъ угломъ.

Леченіе примѣнялось консервативное впрыскиваніе іодоформенной эмульсіи. Всего сдѣлано четыре впрыскиванія. Послѣ каждаго температура повышалась, ухудшалось самочувствіе, и усиливались боли въ колѣнѣ. Такъ продолжалось 4—5 дней, затѣмъ всѣ явленія исчезали. Замѣтныхъ улучшеній въ состояніи больной не обнаружено.

487) Tuberculosis genu.

В. Х., 5 лѣтъ. Ножка болѣла два года тому назадъ: были боли въ лѣвомъ колѣнѣ только при ходьбѣ и легкое прихрамываніе. Черезъ полгода появилась замѣтная опухоль. Зимой 1903 г. больному въ клиникѣ сдѣлано одно впрыскиваніе іодоформенной эмульсіи. Нога пухла больше, весной 1904 г. появился свищъ. Въ остальныхъ органахъ отклоненій отъ нормы нѣтъ.

8 октября. Resectio genu. Суставная сумка, связки боковыя и крестообразныя, пораженныя туберкулезнымъ процессомъ, удалены. Patella вынута цѣликомъ. Концы костей спилены, причемъ въ эпифизѣ tibiae гнѣздо выскоблено ложкой. Затекъ подъ m-lus quadr. выскобленъ ложкой, сдѣлано противоотверстіе. 4 шва. Тампоны. Шина.

14 октября. Вынуты тампоны. Гноя нѣтъ.

17 октября. Противоотверстіе закрывается рубцомъ.

20 октября. Наложена гипсовая повязка.

23 октября—12 ноября. Перевязки черезъ 2 дня. Рана чистая, закрывается.

12 ноября. Выписался для амбулаторнаго леченія.

488) Tuberculosis genu.

Ф. Э., 7 лѣтъ. 2 года тому назадъ ушибла лѣвое колѣно, оно распухло, было болѣзненно, но движенія въ немъ сохранились. Черезъ 4 мѣсяца опять упала на это колѣно съ лѣстницы, послѣ чего нѣкоторое время перестала ходить. Въ прошломъ году въ клиникѣ сдѣлано впрыскиваніе 10% іодоформенной эмульсіи.

Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней родители указываютъ на коклюшъ.

Дѣвочка худенькая. Внутренніе органы нормальны. Лѣвая ножка не разгибается болѣе, чѣмъ на 120—140°. Сгибаніе возможно полное. Ходитъ не чувствуя боли. Конецъ femoris утолщенъ. Суставъ колѣнный и кости болѣзненны. Въ полости сустава прощупывается небольшое гнѣздо грануляцій.

12 января. Наложена гипсовая повязка на всю ножку.

16 января. Больная выписалась. Разрѣшено ходить въ повязкѣ. Предложено показаться въ клинику мѣсяца черезъ два.

499) Tuberculosis genu.

А. П., 13 лѣтъ. Нога заболѣла около года тому назадъ: больно было на нее ступать, появилась опухоль въ колѣнѣ. Затѣмъ нога постепенно стала сгибаться въ колѣнномъ суставѣ. Наслѣдственнаго предрасположенія нѣтъ. Была больна 5 лѣтъ тому назадъ тифомъ.

Правая нога согнута въ колѣнѣ подъ тупымъ угломъ, подвижности активной нѣтъ, пассивная очень ограничена; въ области колѣна тѣстоватая опухоль, концы костей утолщены, болѣзненны при давленіи. Остальные органы здоровы.

3 марта. Подъ хлороформомъ нога выпрямлена до нормальнаго положенія. Въ колѣнный суставъ впрыснута іодоформенная эмульсія и на ногу положена гипсовая повязка. Продолжительность операціи 20 мин. Хлороформа 5,0.

6 марта. Выписана. Самочувствіе хорошее. Болей нѣтъ. Температура нормальна.

490) Tuberculosis genu.

Н. К., 5 лѣтъ. Родители здоровы. Самъ больной перенесъ корь: до 3 лѣтъ представлялъ видъ вполнѣ здороваго ребенка. Два года тому назадъ родители замѣтили, что лѣвая нога у мальчика дѣйствуетъ слабо, колѣнный суставъ слегка припухъ, въ немъ значительныя боли. Полгода назадъ наложена была на 6 недѣль гипсовая повязка. Всего повязокъ было 4.

Мальчикъ худой, блѣдный. Грудные и брюшные органы нормальны. Лѣвая нога согнута въ колѣнномъ суставѣ подъ прямымъ угломъ. Суставъ шарообразной формы, сильно болѣзненъ, на ощупь плотной консистенціи, горячѣе здороваго. Эпифизы утолщены, активная и пассивная подвижность утрачена.

19 января. Операція—резекція колѣннаго сустава. Разрѣзъ кожи по Textor'у. Вся внутренняя поверхность синовіальной сумки

была покрыта пышными грануляціями буровато-краснаго цвѣта, отчасти уже распадающимися. Patela и эпифизы tibiae et fibulae удалены вплоть до здоровыхъ частей. Тампонъ. Гипсовая повязка. Продолжительность операціи около часа. Хлороформа 5,0.

Температура слегка повышена. Заживленіе вторымъ натяженіемъ, при перевязкахъ—незначительное количество гноя.

18 марта. Больной выписанъ изъ клиники съ небольшимъ свищемъ въ подколѣнной сумкѣ.

491) Tuberculosis genu.

А. Т., 14 лѣтъ. Заболѣла года 4 тому назадъ. Появились боль и опухоль въ лѣвомъ колѣнѣ. Года два тому назадъ нога согнулась въ колѣнѣ подъ тупымъ угломъ. Въ настоящее время (31 октября) колѣно утолщено главнымъ образомъ на счетъ костей. Разгибаніе невозможно, сгибаніе свободно. Надколѣнникъ смѣщенъ кнаружи неподвиженъ.

2 ноября. Resectio genu. Разрѣзъ кожи по Textor'у. Patella сильно измѣненная процессомъ, удалена цѣликомъ.

5 ноября. Наложена гипсовая повязка. Перевязки черезъ день. Рана хорошо гранулируетъ. Температура нормальна.

8 декабря. Гипсовая повязка снята. 10 декабря. Выписалась.

492) Tuberculosis genu.

М. К., 27 лѣтъ, замужняя. Нога въ колѣнѣ заболѣла лѣтъ 15 тому назадъ: появилась припухлость и болѣзненность. Года четыре нога не разгибается. Область колѣна сильно припухла, болѣзненна, концы костей утолщены, нога согнута подъ тупымъ угломъ.

15 ноября. Resectio genu. Большое количество гноя.

20 ноября. Наложена гипсовая повязка.

Перевязки черезъ день. Рана хорошо гранулируетъ.

22 декабря. Гипсовая повязка снята. 28 декабря. Больная немного ходитъ. Выписалась.

493) Tuberculosis genu.

А. Б., 8 лѣтъ. Въ іюлѣ 1903 г. ушибъ себѣ лѣвую ногу послѣ чего сталъ жаловаться на боли въ колѣнѣ и прихрамывать. Постепенно колѣно стало опухать, подвижность въ немъ становилась все меньше и меньше, а въ августѣ 1904 года въ нижней трети бедра появились свищи.

Мальчикъ слабаго тѣлосложенія. Лѣвая нога согнута подъ угломъ въ 150°. Колѣнный суставъ увеличенъ въ объемѣ, прощупываются грануляціонныя массы. 2 болѣзненныя точки. Въ нижней трети бедра съ внутренней и наружной стороны—свищи.

24 января. Резекція колѣна. Поражена главнымъ образомъ синовіальная оболочка. Наложены два шва, іодоформенный тампонъ.

Перевязки каждый день. 12 февраля. Рана выполнилась. Наложена гипсовая повязка. Перевязки черезъ день. 27 марта. Сталъ ходить съ костылями.

7 апрѣля. Поверхностная ранка. Выписанъ.

494) Tuberculosis genu.

А. В., 10 лѣтъ. Заболѣлъ послѣ паденія изъ окна 2-го этажа, 7 лѣтъ тому назадъ. Правая нога въ колѣнномъ суставѣ разгибается до угла около 140°, сгибаніе лишь очень незначительное. Ощупываніе сустава болѣзненно. По обѣимъ сторонамъ lig. patell. propriae прощупываются въ суставной сумкѣ мягкое утолщеніе. Кромѣ согнутости кзади, имѣются въ этомъ же суставѣ.

12 января. Нога нѣсколько разогнута. Гипсовая повязка, въ которой больной проходилъ 4 недѣли, послѣ чего осталась согнутость подъ угломъ въ 170°. Для исправленія genu valgum положены съемныя шины съ вдѣланными крючками для постояннаго вытяженія.

495) Tuberculosis genu.

П. Ф., чиновникъ, женатъ, 30 лѣтъ. Лѣвая нога болитъ 15 лѣтъ. Въ 1902 г. сдѣлано впрыскиваніе іодоформенной эмульсіи въ колѣнный суставъ, нога стала разгибаться меньше и приступать на нее онъ не могъ. Въ настоящее время нога согнута до тупого угла, движенія въ ней очень незначительны. Ощупываніе сустава болѣзненно. По обѣимъ сторонамъ прощупывается инфильтратъ въ сумкѣ, мѣстами при давленіи получается хрустъ.

18 января. Операція. Сильно разрушена бедреная кость, въ заворотахъ сумки скопленіе темной, бурой, гноевидной жидкости съ творожистымъ распадомъ. Резекція костей и удаленіе синовіальной сумки. Тампоны. Швы.

21 января. Вынуты тампоны и замѣнены новыми.

23 января. Тампоны чистые. Гипсовая повязка съ окошкомъ.

24 января. Сняты швы. Рана чистая.

Дальше перевязки каждый день. Рана постепенно заживаетъ.

21 февраля. Больной выписался, имѣя здоровую, анкилозированную въ колѣнномъ суставѣ, укороченную на 6 сант. ногу.

496) Ankylosis genu.

В. Б., 14 лѣтъ, мѣщанка изъ г. Красноярска, поступила въ клинику 9 января, выписалась 18 февраля 1907 года.

Когда больной было четыре года ей дѣлали операцію по случаю заболѣванія колѣннаго сустава, послѣ операціи нога долго находилась въ гипсовой повязкѣ. Когда повязку сняли, то ногу начало сводить въ колѣнѣ и въ такомъ согнутомъ въ колѣнѣ положеніи нога осталась, больная можетъ ходить только сильно хромая. Больная плохо развита, блѣдная худая, съ увеличенными лимфатическими железами на шеѣ и въ пахахъ. Въ сердцѣ анемическіе шумы.

17 января. Сдѣлана операція—osteotomia подъ хлороформомъ. Разрѣзъ кожи по Textor'у. По обнаженіи костно-анкилозированнаго сустава сдѣлана клиновидная остеотомія, нога выпрямлена, въ рану вставлены съ наружной и внутренней стороны небольшіе тампоны, на кожу наложены швы. Нога положена въ шину. Больная перенесла наркозъ хорошо. Послѣ наркоза чувствовала себя удовлетворительно. Температура вечеромъ въ день операціи 37,3.

21 января. Вынуты тампоны. Рана чистая. Температура все время нормальная. Наложена гипсовая повязка съ окномъ.

24 января. Сняты швы. Заживленіе безъ нагноенія.

14 февраля. Снята гипсовая повязка. Нога пряма, сращеніе плотное. Больная ходитъ при помощи костылей.

17 февраля. Наложена снова гипсовая повязка, съ которой больная и выписана. Повязка наложена для удобства перевозки больной домой.

497) Tuberculosis genu.

П. М., 27 лѣтъ, портниха, замужняя, поступила 16 октября. Правый колѣнный суставъ побаливаетъ давно, но въ 1905 г. больная его ушибла и съ того времени боли усилились, появилась опухоль, которая и не исчезла.

Въ настоящее время опухоль въ области колѣннаго сустава тѣстоватой консистенціи) наибольш. окружн. 36 сант., лѣвого 31); кожа напряжена, но не воспалена, концы костей болѣзненны. Колѣно фиксировано въ согнутомъ положеніи подъ тупымъ угломъ, подвижность сильно ограничена. Другіе органы здоровы.

10 ноября. Операція—резекція колѣннаго сустава подъ эфирнымъ наркозомъ. Разрѣзъ по Textor'у на кожу швы, по бокамъ тампоны изъ іодоформенной марли. Нога положена въ шину. На третій день вынуты тампоны пропитанные кровью.

Наложена гипсовая повязка со скобами. Дальнѣйшее теченіе безъ осложненій.

4 января. Выписалась съ зажившими ранками и прочно сросшейся ногой.

498) Bursitis praepatellaris.

С. М., 63 лѣтъ, вдова, живетъ въ Томскѣ, поступила въ клинику 21 февраля, выписалась 20 марта 1907 года.

Воспаленіе верхней препателлярной сумки началось съ мѣсяцъ тому назадъ. Накладывалась давящая крохмальная повязка, черезъ пять дней въ виду отсутствія признаковъ разсасыванія сдѣланъ проколъ, выдѣлилась синов. жидкость, впрыснута t-ra jodi. Замѣтнаго разсасыванія не наблюдалось. Дня за четыре до поступленія въ клинику больная упала на правое больное колѣно, появился кровоподтекъ и сильная болѣзненность.

Въ клиникѣ больной было назначено покойное положеніе, компрессы и черезъ три дня послѣ поступленія легкій массажъ. Опухоль не разсасывалась.

7 марта. Сдѣлана операція—вылущеніе сумки. Сумка содержала кровянистую жидкость. Заднюю стѣнку вылущить не удалось—она рвалась. На кожный разрѣзъ наложено нѣсколько швовъ, въ рану вставленъ тонкій тампонъ.

9 марта. Перевязка. Выдѣлилось около 3—4 столов. ложекъ густой желто-соломенной жидкости.

11 марта. Сняты швы. Отдѣляемаго меньше. Небольшой тампонъ. Температура все время нормальна. Перевязки велись черезъ день. Рана постепенно очищалась и выполнялась. 20 марта. Больная выписалась съ небольшой раневой полостью.

499) Ostemyelitis tibiae.

Л. Л., 12 лѣтъ, ученица Томскаго Епархіальнаго женскаго училища. Происходитъ изъ здоровой семьи. Сама раньше ничѣмъ не хворала. Настоящее заболѣваніе началось 9 мѣсяцевъ тому назадъ: былъ нарывъ на лѣвой голени. Нарывъ былъ вскрытъ, выскоблена кость, но остался свищъ.

Внутренніе органы здоровы. На серединѣ лѣвой tibiae есть свищъ изслѣдовать который больная не даетъ. Тутъ же три рубца отъ бывшихъ разрѣзовъ.

18 октября. Операція подъ хлороформомъ—10,0, продолжалась 40 мин. Удалено нѣсколько большихъ секвестровъ.

19—20 октября. Температура нормальна.

21. 24, 27 октября. Перевязки. Кость не закрыта.

30 октября. На лѣвой рукѣ въ мышцахъ ниже локтевой складки прощупывается инфильтратъ. Согрѣвающій компрессъ.

2 ноября. Перевязка. Кость прощупывается.

5 ноября. Инфильтратъ на рукѣ все еще держится.

8, 11, 15, 18 ноября. Перевязки. Кость закрыта.

20 ноября. На рукѣ ясная флюктуація. Сдѣланъ проколъ серозно-гнойная жидкость

21 ноября. Отъ разрѣза на рукѣ больная отказалась. Небольшой абсцессъ вскрылся и зажилъ.

25 ноября. Рана поверхностная. 27 ноября. Перевязка. Выписана для амбулаторнаго леченія.

500) Gonitis gonorröica.

С. Н., 29 лѣтъ, холостъ. Заболѣлъ 26 ноября т. г.: почувствовалъ легкія боли въ колѣнномъ суставѣ правой ноги. Боли постепенно усиливались. Въ ночь на 29 суставъ опухъ. Триппера въ анамнезѣ нѣтъ. 30 ноября поступилъ въ клинику. Суставъ сильно опухъ. Подвижность ограничена и болѣзненна. слегка баллотируетъ.

2 декабря. Пробный проколъ: серозно-студенистая масса; гноя нѣтъ.

4 декабря. Промываніе сулемой (1:1000). Шина.

5—9 декабря. Нагрѣваніе сустава сухимъ воздухомъ при температурѣ 70—80 С. въ теченіе 10 мин. Незначительное облегченіе боли.

14 декабря. Промываніе сулемой.

20 декабря. Впрыскиваніе іодоформенной эмульсіей. Сильныя боли.

21 декабря. 7 января. Нагрѣваніе электрической лампой. Боли меньше. Отекъ спадаетъ.

8—24 января. Теплая ванна. Нагрѣваніе лампочкой.

24 января. Больной чувствуетъ себя значительно лучше. Отекъ почти пропалъ. Выписанъ.

501) Fractura tibiae et fibulae.

С. Х., 32 лѣтъ, дѣвица, прислуга. Въ сентябрѣ 1903 г. упала съ лѣстницы и сломала правую ногу въ нижней трети голени. Въ теченіе 20 дней—гипсовая повязка, по снятіи которой, съ наружной стороны замѣтила безболѣзненную опухоль. Пыталась ходить, но стопа подворачивалась внутрь, что и заставило больную обратиться въ клинику 13 февраля. Больная правильнаго сложенія, хорошаго питанія. На правой голени, въ нижней трети, съ

наружной стороны—опухоль, величиной въ кулакъ, хрящевой консистенціи. Въ этомъ мѣстѣ цѣлость голени нарушена, имѣется повидимому ложный суставъ.

27 февраля. Операція. Разрѣзъ по наружной сторонѣ опухоли. Она оказалась кистой, по удаленіи которой стало видно, что имѣется несросшійся переломъ.

Между центральнымъ и периферическимъ концами заложено было 4 костныхъ осколка, величиной съ 1/2 вершка, плотно фиксированныхъ разсрошейся соединительной тканью. Осколки удалены, рубецъ тоже. Кости сближены металлическимъ швомъ. Конечность короче лѣвой на 5 сант. Швы и тампоны. Шина.

4 марта. Швы сняты. Рана хорошая. Затѣмъ перевязки черезъ день. Больная выписалась 2 апрѣля. Подвижности на мѣстѣ перелома нѣтъ. Конечностью пользуется.

502) Reamputatio cruris.

В. И., 50 лѣтъ, женатъ, торговецъ. 3 года тому назадъ была сдѣлана ампутація лѣвой голени по поводу гангрены стопы. Рана до сихъ поръ не закрылась: на культѣ—участокъ въ серебряный рубль не покрытъ кожей, а затянутъ тонкимъ слоемъ грануляцій.

11 октября. Операція—Reamputatio cruris. Разрѣзъ по краю рубца круговой и къ нему два продольныхъ. Кости отпилены на 3/4 верш. Швовъ нѣтъ. Тампоны. 13 октября. Рана чистая.

15 октября. Перемѣнили тампоны. Рана сильно кровоточитъ.

18 октября. Съ наружной стороны раны небольшое количество гноя.

Дальше перевязки черезъ день съ мазью Микулича.

29 октября. Рана очистилась и быстро зажила. Выписанъ.

503) Phlegmona cruris.

А. Н., 28 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Настоящее заболѣваніе началось около 3-хъ недѣль тому назадъ: появилась ломота въ лѣвой голени, затѣмъ голень стала опухать, повысилась температура. Травмы не было.

Правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Лѣвая голень отечна, покрыта покраснѣвшей кожей. Въ верхней трети на наружной сторонѣ ясная флюктуація. Температура 39,4.

12 февраля. Температура 38,5. Операція. Хлороформъ. Разрѣзъ на мѣстѣ флюктуаціи. Вышло много гноя. Очень большая полость. Всѣ спайки разъединены пальцемъ. Тампонъ.

13 февраля. Температура 37,2—37,6.

14 февраля. Перевязка. Рана чистая. Температура 36,9—37.

Перевязки черезъ день. Ляписъ. Рана закрывается.

10 марта. Ранка въ видѣ узенькой неглубокой щели. Перевязка съ борной мазью. Выписанъ.

504) Haemorrhagia.

Н. П., 8 лѣтъ, сынъ крестьянина. Упалъ съ сѣновала на землю, причемъ ударился разогнутой лѣвой ногой. Сейчасъ-же 11 января доставленъ въ клинику. Лѣвая нога опухла, главнымъ образомъ, въ бедрѣ отъ колѣна до паха. На голень припухлость спускается пальца на 4 ниже сустава. Суставъ разогнутъ. Движенія сохранены, но ограничены отъ сильной боли. Кожные покровы напряжены. Въ области колѣна кровоподтекъ. Нога уложена въ шину. Температура 37,7.

15 января. Опухоль бедра стала значительно меньше. Шина отмѣнена. Массажъ.

17 января. Сгибаніе и разгибаніе все еще меньше нормы. Пассивныя движенія.

28 января. Сталъ ступать на ногу. Подъ колѣномъ кровоподтекъ еще не разсосался. Нога разгибается еще не до нормы. 31 января. Выписанъ.

505) Combustio cruris.

Ж. М., 30 лѣтъ, женатъ, крестьянинъ. Въ припадкѣ падучей болѣзни получилъ ожоги обѣихъ ногъ во время сельскаго пожара около ½ года тому назадъ. Безрезультатно лѣчился разными мазями. 1 декабря. Поступилъ въ клинику.

Крѣпкаго тѣлосложенія, питанія хорошаго. Въ лѣвой подколѣнной ямкѣ имѣется хроническая язва, проникающая до мышечнаго слоя, покрытая грануляціями. Величина язвенной поверхности около 2-хъ ладоней. Въ правой подколѣнной ямкѣ имѣется такого же характера, по приблизительно вдвое большихъ размѣровъ, язва, отчасти стянутая рубцами.

10 декабря. Сдѣлана подъ хлороформомъ пересадка кожи по Thiersch'у на правой ногѣ. Кожа взята съ бедеръ.

13 декабря. Сдѣлана перевязка. Кожа пересаженная прижила только незначительными островками.

Перевязки дѣлались черезъ день. Рана закрывалась весьма вяло. Почти безъ всякаго улучшенія. Больной 19 марта оставилъ клинику.

506) Osteomyelitis tibiae.

Д. М., 34 лѣтъ, женатъ, чиновникъ. Больному на восьмомъ году жизни былъ нанесенъ сильный ударъ въ лѣвую голень, въ

скоромъ времени послѣ этого здѣсь появилась сильная боль, была высокая температура, недѣли черезъ 3 образовался нарывъ. Нарывъ прорвался, и съ тѣхъ поръ нога болитъ до настоящаго времени: то снова появится нарывъ, то исчезнетъ.

19 ноября. Поступилъ въ клинику съ громадными нарывами въ области лѣвой голени.

20 ноября. Сдѣланъ разрѣзъ, вытекло много густаго, бѣловатаго, вонючаго гноя.

Перевязки каждый день. Рана удовлетворительно гранулировала.

1 декабря. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

507) Fractura tibiae et fibilae.

К. Е., 12 лѣтъ, сынъ крестьянина. 3 дня тому назадъ попалъ лѣвой ногой въ маслобойную машину, причемъ получился открытый переломъ обѣихъ костей голени. 16 декабря доставленъ въ клинику съ вонючей, гангренозной раной, колѣнный суставъ въ состояніи отека. Сейчасъ же сдѣлана amputatio бедра въ нижней трети съ циркулярнымъ разрѣзомъ и образованіемъ манжетки.

19 декабря. Температура 37,5—38,1. Перевязка. Гнойное отдѣляемое.

Дальше перевязки каждый день. Рана постепенно очищалась и гранулировала.

25 февраля. Выписанъ съ вполнѣ зажившей раной.

508) Неправ. сросшійся переломъ голени.

И. Б., 45 лѣтъ, женатъ, чернорабочій. 4 мѣсяца тому назадъ упавшимъ деревомъ больному переломило обѣ кости правой голени. Переломъ сросся неправильно, подъ угломъ градусовъ въ 170°, открытымъ внутрь. Безъ костылей не ходитъ. Нога укорочена. 14 января. Подъ эфирнымъ наркозомъ операція. Костная мазоль сломана, концы костей уложены правильно. Гипсовая повязка съ окошкомъ.

Перевязки дѣлались черезъ день. Заживленіе шло хорошо. 25 февраля. Повязка снята. 1 марта. Выписанъ.

509) Osteomyelitis fibulae.

Р. Е., 11 лѣтъ, крестьянка Вятской губ., поступила 22 октября, выписалась 29 октября 1906 года.

Заболѣла около мѣсяца тому назадъ. Заболѣваніе началось вдругъ при высокой температурѣ, головной боли и бредѣ. Появи-

лась болѣзненность въ правой голени и краснота; болѣзненность увеличивалась, голень стала опухать и краснѣть больше. Ребенокъ сильно истощенъ, видъ болѣзненный, аппетитъ и сонъ плохіе. Сердце и легкія здоровы. На передней поверхности правой голени во всю длину ея абсцессъ, кожа сильно напряжена, красна, при ощупываніи рѣзкая болѣзненность.

23 октября Сдѣлана операція подъ хлороформомъ. Абсцессъ вскрытъ широкимъ разрѣзомъ, выдѣлилось большое количество гноя. Tibia обнажена отъ надкостницы, шероховата. Сдѣлано выскабливаніе острой ложкой и вставлены тампоны, температура вечеромъ послѣ операціи 40,1, на слѣдующій день 37,2—37,7. Самочувствіе хорошее. Перевязки черезъ день; гноя выдѣляется небольшое количество. Черезъ недѣлю больная выписалась для амбулаторнаго леченія.

510) Tuberculosis pedis.

Больная О. Б., 34 лѣтъ, вдова. Отецъ умеръ отъ порока сердца, мать страдала катаромъ желудка, мужъ умеръ отъ воспаленія мозговой оболочки. Въ дѣтствѣ перенесла корь, до замужества пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Черезъ мѣсяцъ послѣ замужества образовался перегибъ матки. Четыре выкидыша, пять родилось живыми, изъ которыхъ одинъ умеръ нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Два года тому назадъ появились боли въ области праваго яичника. Одинъ разъ было сильно маточное кровотеченіе. Въ мартѣ н. г. на правомъ голеностопномъ суставѣ появилась припухлость синебагроваго цвѣта сант въ 6 въ діаметрѣ. При надавливаніи и движеніи были боли. 29 апрѣля сдѣланъ разрѣзъ, полость раны выскоблена, но хорошаго результата не получилось. 23 іюня снова такая же операція, но опять безъ успѣха.

Тѣлосложеніе правильное. Питаніе подорванное. Со стороны органовъ груди и живота отклоненій отъ нормы нѣтъ. Правая стопа отечна. Голеностопный суставъ опухъ, багровый. У наружной лодыжки свищъ, проникающій до кости. Ниже лодыжки вялый рубецъ, сант. 4 длиной. Сзади лодыжки второй свищъ кожный.

19 сентября. Операція. Разрѣзъ съ наружной стороны на 3 сант. выше мыщелка. Весь talus, часть calcanei нижнихъ концевъ tibiae et fibulae поражены туберкулезнымъ процессомъ. Такъ какъ сохранить стопу не представлялось возможнымъ, сдѣлана ампутація на ладонь выше лодыжекъ. Операція продолжалась съ момента хлор. 1 ч. 5 м. Вставленъ тампонъ.

Заживленіе per granulationem безъ осложненій.

511) Angioma pedis.

Больной И. Ю., 10 лѣтъ. Около трехъ лѣтъ тому назадъ укололъ ногу, былъ небольшой нарывъ. Немного больше года подошва лѣвой ноги стала припухать и болѣть. Въ настоящее время опухоль занимаетъ почти всю подошву, кромѣ пятки и не доходитъ пальца на два до первыхъ фалангъ, гдѣ она довольно рѣзко ограничена. На ощупь тѣстоватая, съ сильно развитыми подкожными венозными сосудами. При давленіи болѣзненна. Кости на стопѣ нормальны; суставы подвижны, движенія безболѣзненны.

5 декабря. Операція. Разрѣзъ по внутреннему краю стопы. Подъ мышцами имѣлась опухоль пульсирующая. Опухоль не отграничена отъ окружающихъ тканей. Часть ея вылущена. Тампонъ.

7 декабря. Послѣ первой перевязки довольно сильное кровотеченіе. Опять тампонъ. 19 декабря. Выписался здоровымъ.

512) Ostite de croissame.

С. Д., 19 лѣтъ, холостъ. Происходитъ изъ здоровой семьи. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Съ годъ тому назадъ стала болѣть правая ступня, не ушибалъ, не проступался. Появилась опухоль, краснота. Краснота недѣли черезъ 2 исчезла, боль осталась.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны. На шеѣ мелкіе железки. Лѣвая пяточная кость нѣсколько увеличена. На внутренней сторонѣ стопы, подъ лодыжкой и кпереди тѣстоватая припухлость. На наружной сторонѣ стопы, немного кпереди отъ лодыжки—тоже небольшая припухлость. Пяточная кость болѣзненна на задней части, особенно на мѣстѣ прикрѣпленія tendo Achilli. Голеностопный суставъ свободенъ. Больной хромаетъ отъ сильной боли въ пяточной кости.

1 марта. Операція. Разрѣзъ сзади наружной лодыжки къ tuberositas osti metarrsi. Послѣ отдѣленія мягкихъ частей выскоблены острой ложкой два болѣе мягкихъ участка кости. Іодоформенный тампонъ. Швы. Шина.

6 марта. Сняты швы. Рана чистая. 15 марта. Кость загранулировала, не прощупывается. 21 марта. Тампоны больше не вставляются.

24 марта. Рана закрылась почти совсѣмъ. Мазь Микулича. Выписанъ.

513) Conglatio digitorum pedis dextri.

М. В., 27 лѣтъ, чернорабочій, женатъ. Въ ноябрѣ м. г. отморозилъ пальцы лѣвой ноги и пятку. 1 декабря того же года въ военномъ госпиталѣ ампуирована часть стопы. Рана нагноилась и не зажила до сего времени.

15 октября. Грануляціи удалены острой ложкой.

19 октября. Рана не закрывается. 22 октября exarticulatio въ сочлененіи Лисфранка. 27 октября. Рана разошлась. Никакой наклонности къ заживленію. Amputatio въ нижней трети по Bier'у съ костно-надкостничнымъ лоскутомъ. Перевязки черезъ день. Рана хорошо заживала.

7 января. Выписанъ съ закрытой раной.

514) Tuberculosis pedis.

А. Ж., 9 лѣтъ. 2 года тому назадъ въ области голеностопнаго сустава появилась боль и припухлость. Въ настоящее время (19 декабря) суставъ утолщенъ, рѣзко выдается припухлость въ области наружнаго мыщелка; кожа надъ ней багроваго цвѣта, флюктуація. Подвижность въ суставѣ не ограничена.

19 декабря. Операція. Вскрытъ туберкулезный нарывъ, все пораженное выскоблено острой ложкой, въ суставъ впрыснута іодоформенная эмульсія.

Перевязки дѣлались каждый день. Заживленіе вялое.

515) Artritis chronica.

Е. А., 30 лѣтъ, замужняя, крестьянка. Года три тому назадъ заболѣла лѣвая нога въ голеностопномъ суставѣ. Была припухлость, которая постепенно спала, но нога въ пораженномъ суставѣ осталась неподвижной и приняла подвернутое внутрь положеніе, такъ что ось стопы съ осью голени составляютъ уголъ, открытый кнутри. Пяточная и надпяточная кость сильно утолщены.

13 октября. Разрѣзомъ съ наружной стороны вскрытъ голеностопный суставъ; ступня вывихнута и часть пяточной кости резецирована. Ступня поставлена прямо и уложена въ шину. Тампонъ.

20 октября. Гипсовая повязка. Перевязки черезъ 2 дня. Рана чистая.

9 ноября. Рана совсѣмъ закрылась. 15 ноября. На ногу ступаетъ довольно свободно. 25 ноября. Выписалась.

516) Tuberculosis tibicalcan.

Н. Я., 21 года, холостъ, слесарь. Больной росъ золотушнымъ ребенкомъ. Приблизительно въ 8-ми лѣтнемъ возрастѣ у него на лѣвой ногѣ въ области голеностопнаго сустава, съ передненаружной стороны появилась какая-то опухоль, доставлявшая довольно сильныя боли при ходьбѣ. Боли эти все усиливались и осенью 1904 г больной принужденъ былъ ходить на костыляхъ. Въ слѣ-

дующемъ году больному была сдѣлана операція—выскабливаніе пораженныхъ частей, но облегченія отъ этого онъ не получилъ.

28 октября обратился въ клинику. Питаніе подорвано. Катарръ правой верхушки. Сердце здорово. Лѣвая нога согнута въ колѣнѣ и совсѣмъ не разгибается. На голеностопномъ суставѣ значительная припухлость синеватаго цвѣта. Здѣсь имѣется свищъ съ жидкимъ гноевиднымъ отдѣляемымъ. Сгибаніе и разгибаніе въ этомъ суставѣ сильно затруднено и очень болѣзненно.

6 ноября. Amputatio cruris по способу Bier'a, съ образованіемъ надкостнично-костнаго лоскута. Подъ наркозомъ колѣно удалось разогнуть.

9 ноября. Первая перевязка. Рана чистая.

Дальше перевязки черезъ день. Рана заживала хорошо. Температура лихорадочная съ изнурительными потами. Въ мокротѣ найдены туберкулезныя палочки.

24 ноября. Больной выписанъ съ вполнѣ зажившей раной.

517) Tuberculosis pedis.

П. У., 5 лѣтъ, сынъ чернорабочаго. Лѣвая ножка болитъ уже другой годъ. Въ настоящее время (18 января) въ области внутренняго мыщелка имѣется тѣстоватая опухоль, идущая подъ Ахиллово сухожиліе. Въ области наружнаго мыщелка, больше кзади, имѣется такого же характера опухоль, не меньшихъ размѣровъ. Опухоль при давленіи мало болѣзненна. Подвижность въ голеностопномъ суставѣ полная.

10 января. Кожный разрѣзъ и выскабливаніе туберкулезныхъ тканей.

Каждый день перевязки. Рана хорошо гранулируетъ. 16 января. Выписанъ.

———

Исторіи больныхъ, не вошедшія въ соотвѣтствующія отдѣлы.

518) Tuberculosis ostis ilei.

П. О., 28 лѣтъ, женатъ, письмоводитель. Въ августѣ 1904 г. послѣ простуды почувствовалъ стрѣляющую боль въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ. Одновременно съ этимъ у больного появился жаръ, такъ что онъ слегъ въ постель и пролежалъ около года. Зимой появился нарывъ на передневнутренней поверхности бедра, прорвался, выдѣлился гной и острыя рѣшетчатыя косточки. Черезъ годъ такой же нарывъ на os ileum, недалеко отъ sp. ant. super. На мѣстѣ нарывовъ образовались свищи; одинъ съ теченіемъ времени зажилъ, а другой (около spin. anter. super.) остался до сего времени (10 сентября). Видъ больного анэмичный. Подвижность лѣвой ноги въ тазобедренномъ суставѣ ограничена, нога согнута.

6 октября. Операція—выскабливаніе гнѣзда на os. ileum. Кость разрушена насквозь—діаметръ отверстія въ 2—3 сант.

Перевязки черезъ день. Температура нормальна все время. Рана постепенно очищалась и заживала.

29 октября. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

519) Pyemia chronica.

В. Х., 55 лѣтъ, женатъ, купецъ. 17 лѣтъ тому назадъ перенесъ рожу, 7 лѣтъ тому назадъ—воспаленіе легкихъ и 6 лѣтъ тому назадъ суставный ревматизмъ. Въ іюлѣ м. г. укололъ мизинецъ правой руки. Черезъ мѣсяцъ послѣ этого появилась припухлость и болѣзненность въ области праваго голеностопнаго сустава, который былъ вскрытъ—вышло порядочное количество гноя. Рана послѣ разрѣза не заживала, вслѣдствіе чего минувшимъ лѣтомъ больному сдѣлано выскабливаніе сустава съ удаленіемъ нѣкоторыхъ костей. Мѣсяца три тому назадъ появилась болѣзненность безъ припуханія въ правомъ плечевомъ суставѣ.

Въ клинику поступилъ (23 ноября) со свищами въ области голеностопнаго сустава, изъ которыхъ выдѣляется гной. Зондомъ

кости не прощупываются. Кромѣ этого больной жалуется на тугоподвижность и болѣзненность праваго плечевого сустава. Мышечная сила сгибателей пальцевъ ослаблена въ значительной степени.

24 ноября. Подъ хлороформеннымъ наркозомъ вскрыты свищи и выскоблены острой ложкой. Перевязки дѣлались черезъ день. Раны заживали очень медленно. Дѣлались періодическія (дня черезъ 4) прижиганія Paquelin'омъ, при перевязкахъ употреблялась мазь Микулича. Правая рука массировалась.

24 февраля. Выписался для абмулаторнаго леченія съ поверхностными ранами.

520) Pyemia chronica.

I. Ф., 16 лѣтъ, сынъ купца. Происходитъ изъ здоровой семьи. Самъ больной до настоящаго заболѣванія пользовался хорошимъ здоровьемъ. Послѣдніе годы (3—4) у него по временамъ бывали приступы сильныхъ болей во всемъ животѣ. Въ іюнѣ мѣсяцѣ 1905 г. такой приступъ былъ особенно сильнымъ, сопровождался сильной рвотой вонючими, но не каловыми массами; былъ запоръ. Черезъ мѣсяцъ мальчикъ совсѣмъ всталъ съ постели и былъ оперированъ по поводу воспаленія proc. vermiofoimis. Полгода спустя послѣ этой операціи у него на спинѣ начали появляться одинъ за другимъ нарывы. Нѣкоторые изъ нихъ были разрѣзаны, другіе прорывались сами.

12 марта. Поступилъ въ клинику. Питаніе сильно подорвано. На позвоночникѣ ясно выраженный сколіозъ. Лѣвая половина грудной клѣтки сзади и снизу представляетъ сильное выпячиваніе, здѣсь ясное притупленіе, при астскультаціи—ослабленное дыханіе. На спинѣ имѣется три незакрытыхъ свища и нѣсколько зарубцевавшихся. Въ области разрѣза, сдѣланнаго во время операціи аппендицита, имѣется грыжа.

12 марта. Подъ хлороформомъ свищи вскрыты и выскоблены острой ложкой.

Перевязки черезъ день. Подъ кожу—natrum arsenicicum. Раны хорошо гранулировали. 26 марта. Выписанъ для амбулаторнаго леченія.

621) Sarcoma pelvis.

П. П., 26 лѣтъ, чернорабочій, Томской губерніи, поступилъ 11 декабря 1903 г., выписался 18 декабря 1903 года.

Занимался выдѣлкой лосиной кожи. Мѣсяцевъ семь тому назадъ началъ ощущать боли въ нижнемъ отдѣлѣ живота; ставитъ эти боли въ связь съ постояннымъ надавливаніемъ животомъ на

рычагъ во время работы. Черезъ два мѣсяца замѣтилъ внизу живота опухоль; опухоль эта начала быстро рости; одновременно съ тѣмъ больной сталъ худѣть и терять силы; послѣднія недѣли лежалъ въ постели.

Роста средняго, питанія сильно подорваннаго. Границы сердца въ предѣлахъ нормы. Въ нижней долѣ праваго легкаго тупость.

Въ полости таза прощупывается опухоль, равномѣрно твердой консистенціи, занимаетъ больше правую половину таза, верхняя граница ея, начинаясь въ правой подвздошной области, косвенно пересѣкаетъ среднюю линію и теряется слѣва въ маломъ тазу; поверхность опухоли гладкая, опухоль совершенно не подвижна. Паховыя желѣзы на обѣихъ сторонахъ увеличены, тверды. При изслѣдованіи per anum, опухоль окружаетъ прямую кишку съ трехъ сторонъ: справа спереди и слѣва, задній отдѣлъ свободенъ, черезъ кишку прощупывается крестецъ. Испражненіе затруднено. При мочеиспусканіи боли.

Случай признанъ неоперируемымъ. 18 декабря больной выписанъ.

522) Sarcoma ovarii.

О. А., 7 лѣтъ. Вскормлена грудью матери. 5 лѣтъ тому назадъ перенесла какую-то тяжелую болѣзнь: отнимались ноги, увеличивался животъ. За послѣдніе годы по временамъ поносы. Въ мартѣ н. г. была корь, за недѣлю передъ которой изъ половыхъ органовъ появились бѣли. Въ это же время въ нижней правой части живота была сильная боль. Въ августѣ н. г. вмѣстѣ съ явленіями общей слабости и вялости появился отекъ на лицѣ и животѣ. Въ низу живота настолько сильная боль, что часто не давала спать. Съ этими жалобами больная поступила въ клинику 2 октября

Тѣлосложеніе правильное, питаніе сильно подорвано. Органы груди здоровы. Животъ увеличенъ. Въ нижнемъ отдѣлѣ живота прощупывается опухоль, при перкуссіи надъ ней тупость. Печень на $1^1/_2$ пальца выходитъ по сосковой линіи изъ подъ реберъ. Селезенка прощупывается и на ней замѣщается уплотненіе величиною съ орѣхъ.

8 октября. Операція. Разрѣзъ по l. alba. На правомъ яичникѣ саркоматозная опухоль величиною съ дѣтскую головку. Эта опухоль удалена. Въ брыжжейкѣ тонкихъ кишекъ тоже опухоль, состоящая изъ многихъ отдѣльныхъ узловъ. Такъ какъ эти узлы шли слишкомъ далеко, то они были оставлены. Въ правой подвздошной области найденъ гнойникъ. Рана зашита съ тампономъ.

Заживленіе ранъ вторымъ натяженіемъ. Общее состояніе больной не улучшалось. Температура все время повышена (37,8—38,5) поносы, общая слабость.

28 октября. Выписана.

523) Tumor uteri.

Е. К., 41 года, дѣвица. Мѣсячныя появились на 13 году; во время скарлатины на 14 году крови остановились; затѣмъ бывали въ срокъ, очень обильны, продолжительны (около недѣли), бывали нѣсколько разъ маточныя кровотеченія. Перенесла корь, скарлатину, инфлюэнцію, осложнившуюся заболѣваніемъ уха и мастоидитомъ, по поводу котораго сдѣлана трепанація proc. mostoidei. Начало настоящаго заболѣванія относится къ 1895 г. Больная его ставитъ въ связи съ подъемомъ большой тяжести и ушибомъ низа живота. Черезъ годъ послѣ этого замѣтила въ тазу опухоль величиной съ грецкій орѣхъ, опухоль постепенно росла; развились боли въ спинѣ, груди и области желудка.

Тѣлосложеніе правильное, питаніе подорванное. Органы груди здоровы. Въ низу живота прощупывается опухоль, величиной въ дѣтскую голову, бугристая, твердая, почти неподвижная, растетъ изъ полости малаго таза, выступаетъ надъ лобкомъ пальца на 3-4. Влѣво отъ средней линіи немного ниже пупка отдѣльный узелъ, величиной въ кулакъ, твердый, подвижный; подвижность его ограничивается тяжомъ идущимъ къ первой опухоли. При изслѣдованіи per rectum тотчасъ же при входѣ прощупывается большая, бугристая опухоль, выпячивающая кзади прямую кишку. Опухоль принадлежитъ маткѣ, верхнюю границу которой прощупать не удается. Изслѣдованіе per vaginam не производилось, такъ какъ himen цѣлъ.

Узлы во время менструаціи, по словамъ больной, увеличиваются.

30 января. Операція. Разрѣзъ по l. alba отъ пупка до лобка.

По вскрытіи брюшины извлечена опухоль, величиной съ куриное яйцо, связанное ножкой съ лѣвымъ яичникомъ. Ножка перевязана, и киста удалена. Затѣмъ удалена міоматозная матка. Брюшная рана зашита трехъ-этажнымъ швомъ. Операція продолжалась 2 часа, хлороформа 5,0, эфира 100,0.

4 января. Сняты серфины. Рубецъ гладкій. 14 января. Выписалась.

524) Vulnus sclopetarium.

Е. К., 28 лѣтъ, жена купца въ Томскѣ, поступила въ клинику 2 января, выписалась 14 января 1907 года.

31 декабря выстрѣломъ изъ револьвера ранила себя въ грудь. Пуля прошла справа между первымъ и вторымъ ребромъ пальца на полтора внутрь отъ передней подмышечной линіи и засѣла въ

мягкихъ частяхъ у позвоночника справа же пальца на два выше нижняго угла лопатки; пуля здѣсь легко прощупывается подъ кожей и кожной клѣткой. Больная жалуется на боли при дыханіи и кашлѣ. Кровохарканія не было. Температура 37,4 вечеромъ, пульсъ нормальный. Больной наложена асептическая повязка. Температура и въ послѣдующіе дни нормальна.

5 января. Пуля извлечена подъ общимъ наркозомъ (эфиръ). Рана затампонирована. Температура нормальна.

7 января. Перевязка. Рана чиста. Вставленъ небольшой тампонъ въ кожу.

9 января. Перевязка. Тампонъ сухой. Рана выполняется. Температура нормальна.

11 января. Рана почти выполнилась. Самочувствіе хорошее.

13 января. Больная выписалась.

ОБОЗРѢНІЕ ПРЕПОДАВАНІЯ

въ Императорскомъ

ТОМСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ

за 1908—1909 учебный годъ.



ТОМСКЪ.
Типо-Литографія Сибирск. Т—ва Печатн. Дѣла, уг. Двор. ул. и Ямск. пер., с. д.
1909 г.

ОБОЗРѢНІЕ ПРЕПОДАВАНІЯ

въ Императорскомъ Томскомъ Университетѣ

на 1908—9 учебный годъ.

---

1) ПО МЕДИЦИНСКОМУ ФАКУЛЬТЕТУ.

Общій обзоръ преподаванія.

А. Въ осеннемъ полугодіи 1908—9 учебнаго года, согласно учебному плану, г.г. профессорами и приватъ-доцентами будутъ читаться слѣдующіе курсы:

I семестръ.

Богословіе.—Профессоръ Галаховъ.

Анатомія, 5 часовъ.—Э.-ординарн. профес. Г. М. Іосифовъ.

Гистологія, 1 часъ.—Ординарн. профес. А. Е. Смирновъ.

Физика, 6 часовъ.—И. д. ординарн. профес. Ѳ. Я. Капустинъ.

Зоологія, 5 часовъ.—Внѣштатный ординарн. проф. Н. Ѳ. Кащенко.

Ботаника, 6 часовъ.—Ординарн. профес. В. В. Сапожниковъ.

Минералогія, 3 часа.—Приватъ-доцентъ П. П. Пилипенко.

Неорганическая химія, 4 часа.—И. д. ординарн. проф. Н. П. Орловъ.

III семестръ.

Анатомія, 14 часовъ.—Э.-ординарн. проф. Г. М. Іосифовъ.

Физіологія, 6 часовъ.—Ординарн. проф. А. А. Кулябко.

Гистологія, 8 часовъ.—Ординарн. проф. А. Е. Смирновъ.

Медицинская химія.—Ординарный проф. Ф. К. Крюгеръ.

Фармація съ фармакогнозіей, 8 часовъ.—И. д.-ординарн. проф. Н. А. Александровъ.

Органическая химія, 2 часа.—И. д.-ординарн. профес. Н. П. Орловъ.

V семестръ.

Фармакологія, 4 часа.—Приватъ-доцентъ Н. В. Вершининъ.

Патологическая анатомія, 8 часовъ.—Э.-ордин. проф. М. М. Покровскій.

Діагностика, 3 часа.—Приватъ-доцентъ И. М. Левашевъ.

Частная патологія и терапія, 4 часа.—Экстра-ординарн. профессоръ И. И. Александровичъ.

Оперативная хирургія, 4 часа.—Внѣштатный ординарн. профес. А. А. Введенскій.

Хирургическая патологія, 3 часа.—Ординарн. профес. В. М. Мышъ.

Десмургія, 2 часа.—Ординарн. проф. В. М. Мышъ.

Общая патологія, 4 часа.—Ординарн. проф. П. П. Авроровъ.

Гигіена, 3 часа.—Ординарн. профессоръ П. Н. Лащенковъ.

Бактеріологія, 3 часа.—Приватъ-доцентъ П. В. Бутягинъ.

VII семестръ.

Нервныя болѣзни съ клиникой, 2 часа.—Ординарный профессоръ М. Н. Поповъ*).

Кожныя и венерическія болѣзни, 2 часа.—Э.-ординарн. проф. А. А. Линдстремъ.

Терапевтическая факультетская клиника, 6 часовъ.—Ординарный проф. М. Г. Курловъ.

Хирургическая факультетская клиника, 6 часовъ.—Внѣштатный ординарн. проф. Н. А. Роговичъ.

Офталмологія.—Э.-ординарн. проф. С. В. Лобановъ.

Гинекологія и акушерство, 3 часа.—Ординарн. проф. И. Н. Грамматикати.

Дѣтскія болѣзни, 2 часа.—Ординарн. проф. С. М. Тимашевъ.

Судебная медицина съ токсикологіей, 3 часа.—Внѣштатный ординарн. профес. М. Ѳ. Поповъ.

IX семестръ.

Душевныя болѣзни съ клиникой, 2 часа.—Ординарн. проф. М. Н. Поповъ.

Клиника кожныхъ и венерическихъ болѣзней, 3 часа.—Э.-ординарный проф. Линдстремъ.

Госпитальная терапевтическая клиника, 6 часовъ.—Экстра-ординарн. проф. И. И. Александровичъ—(Дочевскій).

Глазная клиника, 3 часа.—Э.-ординарн. проф. С. В. Лобановъ.

Акушерско-гинекологическая клиника, 3 часа.—Ординарн. проф. И. Н. Грамматикати.

Дѣтская клиника, 2 часа.—Ординарн. проф. С. М. Тимашевъ.

Эпидеміологія, 1 часъ.—Ординарн. проф. П. Н. Лащенковъ.

---

*) За смертью проф. М. Н. Попова преподаваніе поручено ордин. проф. М. Г. Курлову.

Б. Въ весеннемъ полугодіи 1908—9 учебнаго года, согласно учебному плану, г.г. профессорами и приватъ-доцентами будутъ читаться слѣдующіе курсы:

II семестръ.

Анатомія, 17 часовъ (5 теоретич. и 12 практич.) — Э.-ординарный проф. Г. М. Іосифовъ.

Гистологія, 2 часа.—Ординарный проф. А. Е. Смирновъ.

Физика, 5 часовъ.—Ординарный проф. Ѳ. Я. Капустинъ.

Зоологія, 5 часовъ.—Внѣштатный-ордин. проф. Н. Ѳ. Кащенко.

Ботаника, 6 часовъ.—Ординарный проф. В. В. Сапожниковъ.

Минералогія, 4 часа.—Приватъ-доцентъ П. П. Пилипенко.

Неорганическая химія, 2 часа.—И. д.-ординарн. проф. П. П. Орловъ.

Органическая химія, 3 часа И. д. ордин. проф. П. П. Орловъ.

Аналитическая химія, 2 часа.—И. д.-ординарн. проф. П. П. Орловъ.

IV семестръ.

Физіологія, 6 часовъ.—Ордин. проф. А. А. Кулябко.

Гистологія, 8 часовъ.—Ординарн. проф. А. Е. Смирновъ.

Практическія занятія по медиц. химіи, 6 часовъ.—Ординарный проф. Ф. К. Крюгеръ.

Фармація, 6 часовъ.—И. д. орд. проф. Н. А. Александровъ.

Анатомія.—Э.-ординарн. проф. Г. М. Іосифовъ.

VI семестръ.

Фармакологія, 4 часа.—Приватъ-доцентъ Н. В. Вершининъ.

Патологическая анатомія, 8 часовъ.—Э.-ординарн. проф. Покровскій.

Частная патологія и терапія, 4 часа.—Э.-ординарн. проф. И. И. Александровичъ.

Оперативная хирургія, 8 часовъ.—Внѣштатный ординарн. проф. А. А. Введенскій.

Хирургическая патологія, 3 часа.—Ординарн. проф. В. М. Мышъ.

Ученіе о вывихахъ и переломахъ.—Ординарн. проф. В. М. Мышъ.

Діагностика, 3 часа.—Приватъ-доцентъ И. М. Левашевъ.

Гигіена, 3 часа.—Ординарный проф. П. Н. Лащенковъ.

Общая патологія, 4 часа.—Ординарн. проф. П. П. Авроровъ.

Бактеріологія, 3 часа.—Приватъ-доцентъ П. В. Бутягинъ.

VIII семестръ.

Нервныя болѣзни съ клиникой, 2 часа.—Ордин. проф. М. Н. Поповъ *).

---

*) За смертью проф. М. Н. Попова преподаваніе поручено орд. проф. М. Г. Курлову.

Кожныя и венерическія болѣзни, 2 часа.—Э.-ординарн. проф. Линдстремъ.

Терапевтическая факультетская клиника, 6 часовъ.—Ординарн. проф. М. Г. Курловъ.

Хирургическая факультетская клиника 6 часовъ.—Внѣштатный орд. проф. Н. А. Роговичъ.

Гинекологія и акушерство, 3 часа.—Ординарн. проф. И. Н. Грамматикати.

Дѣтскія болѣзни, 2 часа.—Ординарн. проф. С. М. Тимашевъ.

Судебная медицина и токсикологія, 6 часовъ.—Внѣштатный ордин. проф. М. Ѳ. Поповъ.

Офталмологія, 3 часа.—Э.-орд. проф. С. В. Лобановъ.

X семестръ.

Душевныя болѣзни съ клиникой, 2 часа.—Ординарн. проф. М. Н. Поповъ.

Клиника кожныхъ и венерич. болѣзней, 3 часа.—Э.-ординарн. проф. Линдстремъ.

Госпитальная терапевтическая клиника, 6 часовъ.—Э.-ординарн. проф. И. И. Александровичъ—(Дочевскій).

Госпитальная хирургическая клиника, 6 часовъ.—Ординарн. проф. П. И. Тиховъ.

Акушерско-гинекологическая клиника, 3 часа.—Ординарн. проф. И. Н. Грамматикати.

Дѣтская клиника, 2 часа.—Ординарн. проф. С. М. Тимашевъ.

Глазная клиника, 3 часа.—Э.-ординарный проф. С. В. Лобановъ.

Эпизоотологія, 1 часъ.—Ординарный проф. П. Н. Лащенковъ.

Сверхъ курсовъ, опредѣленныхъ по учебному плану:

Частный безплатный курсъ ушныхъ болѣзней. Для студентовъ IX и X семестровъ по 2 часа въ недѣлю.—Ординарн. проф. П. И. Тиховъ.

Необязательный курсъ болѣзней носа, придаточныхъ полостей, глотки и гортани. Для студентовъ IV курса по 1 часу въ недѣлю.—Внѣштат. ордин. проф. Н. А. Роговичъ.

Частный безплатный курсъ клиники внутреннихъ болѣзней.

Для студентовъ IV курса по 1 часу въ недѣлю.—Приватъ-доцентъ И. М. Левашевъ.

Фармацевтическая ботаника. Для студентовъ II курса по 2 часа въ недѣлю.—Приватъ-доцентъ П. П. Крыловъ.

Хирургическая діагностика. Для студентовъ IV курса по 1 часу въ недѣлю.—Приватъ-доцентъ В. Д. Добромысловъ.

Нормальная анатомія человѣка.

Экстраорд. проф. Г. М. Іосифовъ.

Осеннее полугодіе.

I-му курсу. Первые три отдѣла анатоміи: остеологія, синдесмологія и міологія, по понедѣльникамъ и вторникамъ отъ 11—12 ч., по средамъ отъ 10—12 и четвергамъ отъ 11—12 ч.

II-му курсу. Нервная система и органы чувствъ, по пятницамъ отъ 11—1 ч.

Практическія занятія на трупахъ и готовыхъ препаратахъ со студентами I-го и II-го курсовъ по понедѣльникамъ, вторникамъ, средамъ и четвергамъ отъ 5 до 8 ч. вечера.

Весеннее полугодіе.

I-му курсу. Спланхнологія и Ангіологія, по понедѣльникамъ 11—12 ч., по вторникамъ отъ 10—11 ч., средамъ отъ 10—12 ч. и четвергамъ отъ 11—12 ч.

Практическія занятія на трупахъ и готовыхъ препаратахъ со студентами I-го и II-го курсовъ по понедѣльникамъ, вторникамъ, средамъ и четвергамъ отъ 5 до 8 ч. вечера.

Совѣщательные часы во время практическихъ занятій.

Пособія и руководства: Д. Зерновъ, руководство описательной анатоміи человѣка, седьмое изданіе 1908 г. А. Рауберъ, руководство анатоміи человѣка. Переводъ съ шестого изданія подъ ред. Шавловскаго 1905 г. В. Шпальтегольцъ, атласъ по анатоміи человѣка, переводъ Н. А. Батуева 1907 г., второе изданіе. Henle. Handbuch der systematischen Anatomie 1879. Rauber. Lehrbuch der Anatomie des Menschen 1905 г. Sapey. Traitè d'Anatomie descriptive 1904 г. Testut Traité d'Anatomie humaine. Paris. 1904 г.

Гистологія и эмбріологія.

Ординарн. проф. А. Е. Смирновъ.

Осеннее полугодіе.

Студентамъ 1 семестра:

Гистологія: ученіе о клѣткѣ, ткани эпителіальная и соединительная.

Эмбріологія: яйцевая клѣтка и сперматозоидъ, оплодотвореніе, сегментація, зародышевые листки.

Пятница отъ 9—10 час. утра (лекціи или демонстраціи готовыхъ препаратовъ).

Студентамъ III семестра:

Гистологія и эмбріологія: Строеніе и развитіе крови и лимфы, строеніе и развитіе сердца, кровеносныхъ сосудовъ, лимфатическихъ сосудовъ и железъ, строеніе и развитіе селезенки, кожи и органовъ пищеваренія.

Часы лекцій: понедѣльникъ, вторникъ, среда и четвергъ, отъ 9—10 час. утра. По мѣрѣ надобности, въ одинъ изъ этихъ часовъ еженедѣльно происходитъ демонстрированіе соотвѣтствующихъ препаратовъ.

Часы практическихъ занятій: вторникъ, среда и четвергъ. На практическія занятія удѣляется 6 ч. въ недѣлю, по 2 часа на каждую группу, а именно: по вторникамъ отъ 1—3 час., по средамъ отъ 1—3 час. и по четвергамъ отъ 1—3 час. по полудни.

Весеннее полугодіе.

Студентамъ II семестра:

Гистологія: мышечная и нервная ткань, нервныя окончанія.

Эмбріологія: развитіе, ростъ, регенерація и увяданіе тканей.

Часы чтеній и демонстрированія препаратовъ: понедѣльникъ съ 1—2 час. по полудни, пятница отъ 9—10 час. утра.

Студентамъ IV семестра:

Гистологія и эмбріологія: органы дыханія, щитовидная железа. Надпочечная железа, мочевые и половые органы, органы чувствъ.

Часы чтеній, демонстрированіе готовыхъ препаратовъ и часы практическихъ занятій тѣ же, т. е. въ томъ же количествѣ и въ такомъ же распредѣленіи, что и для студентовъ 3 семестра.

Совѣщательный часъ послѣ лекцій.

Пособія: по Гистологіи: Основанія къ изученію микроскопической анатоміи, подъ редакціей М. Л. Лавдовскаго и Ф. В. Овсянникова. A. Kölliker. Handbuch der Gewebelehre des Menschen. Послѣднее (шестое) изданіе. П. Шифердеккеръ. и А. Коссель. Руководство нормальной гистологіи. О. Гертвигъ. Клѣтка и ткани, I и II томы. Л. Ранвье. Техническій учебникъ гистологіи. Toldt, Lehrbuch der Gewebelehre. L. Henneguy, Leçons sur la cellule. 1896. Краткіе учебники Кульчицкаго, Штера, Бема и Давыдова.

По эмбріологіи: A. Kölliker. Entwickelungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere. Его же. Основы исторіи развитія человѣка и высшихъ животныхъ. О. Гертвигъ. Учебникъ эмбріологіи животныхъ позвоночныхъ и человѣка. Bergh, Vorlesungen über Allgemeine Embryologie. Minot. Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen. Schenk

Lehrbuch des Menschen und der Wirbelthiere. 2-е изданіе. 1896. P. Gilis. Краткое изложеніе эмбріологіи. I. Kollmann. Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen. Iena 1898.

Физика.

И. д. ординарн. проф. Ѳ. Я. Капустинъ.

Осеннее полугодіе.

Повторительный краткій курсъ тригонометріи и отдѣлы физики: 1) Механика. 2) Общія свойства тѣлъ. 3) Гидростатика и аэростатика. 3) Теплота и обзоръ метерологическихъ явленій.

6 Лекцій въ недѣлю по понедѣльникамъ, четвергамъ и пятницамъ.

Руководства и пособія: 1) Курсъ физики проф. Зилова 2) курсъ физики проф. О. Хвольсона. 3) Метеорологія для среднихъ учебныхъ заведеній и практической жизни проф. А. И. Воейкова С. П. Б. 1900 г.

Практическія занятія для желающихъ 3 раза въ недѣлю по 2 часа.

Весеннее полугодіе.

Отдѣлы физики: 1) Электричество, магнетизмъ и гальванизмъ. 2) Акустика. 3) Оптика.

Руководства и пособія: 1) Основы медицинской физики проф. С. Я. Терешина С.П.Б. 1908 г. 2) Руководство къ практикѣ физическихъ измѣреній Ф. Кольрауша. (Русскій переводъ подъ ред. проф. Боргмана).

3) Физическая практика Вадемана и Эберта (Русскій переводъ, изданіе Гольстена). 4) Косоноговъ. Курсъ физики. Кіевъ. 1901 г.

Практическія занятія 3 раза въ недѣлю по два часа. Совѣщательные часы въ дни лекцій по окончаніи чтеній.

5 Лекцій въ недѣлю по понедѣльникамъ, четвергамъ и пятницамъ.

Зоологія и сравнительная анатомія.

Внѣштатный ордин. проф. Н. Ѳ. Кащенко.

Осеннее полугодіе.

Общая зоологія. Систематика и анатомія безпозвоночныхъ. Вторникъ 11—12, суббота 11—1.

Практическія занятія. Пятница 11—1.

Часы для совѣщаній: Пятница 1—2.

Руководства: 1) Холодковскій, Н. А. Учебникъ зоологіи, С.П.Б. 1905. 2) Брандтъ, А. Ѳ. Курсъ медицинской зоологіи, Харьковъ, 1908. (изданіе 3-е). 3) Собственный печатный курсъ лектора.

Весеннее полугодіе.

Сравнительная анатомія позвоночныхъ. Вторникъ 11—12, суббота 11—1.

Практическія занятія и часы для совѣщаній—какъ въ осеннемъ полугодіи.

Руководства: 1) Шимкевичъ, В. Курсъ сравнительной анатоміи позвоночныхъ. С.П.Б. и Москва. 1905. 2) Собственный печатный курсъ лектора.

Ботаника.

Ординарн. проф. В. В. Сапожниковъ.

Осеннее полугодіе.

Общая ботаника. Внѣшняя и внутренняя анатомія растеній (органографія и гистологія). Физіологія питанія растеній. 4 часа въ недѣлю, по четвергамъ и субботамъ 9—11 час. Практическія занятія по гистологіи—2 часа въ недѣлю, по пятницамъ 11—1 час.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Весеннее полугодіе.

Физіологія броженія и гніенія. Ростъ и движеніе растеній.

Частная ботаника. Систематика споровыхъ и цвѣтковыхъ растеній. 4 часа въ недѣлю по четвергамъ и субботамъ 9—11 час.

Практическія занятія съ микроскопомъ—2 часа въ недѣлю, по пятницамъ 11—1 ч.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Учебныя пособія. И. Бородинъ. Краткій учебникъ ботаники С.П.Б. 1898 г. и позднѣйшія изданія. В. Палладинъ, анатомія растеній, С.П.Б. 1906 г. В. Палладинъ, физіологія растеній С.П.Б. 1908. В. Палладинъ, морфологія и систематика растеній, С.П.Б. 1905.

Минералогія.

Приват.-доцентъ П. П. Пилипенко.

Осеннее полугодіе.

1-му семестру медиковъ курсъ минералогіи и геологіи—отдѣлъ: кристаллографія 3 часа въ недѣлю (2 часа теоретическихъ и 1 часъ—практическія занятія по кристаллографіи).

Весеннее полугодіе.

2-му семестру медиковъ—отдѣлъ: минералогія и геологія, также 3 часа въ недѣлю (2 часа теоретическихъ и 1 часъ—практическія занятія по минералогіи).

Руководства и пособія: 1. Як. Самойловъ. Введеніе въ кристаллографію. Москва 1906. 2. В. И. Вернадскій. Курсъ описательной минералогіи. Москва 1899. 3. А. М. Зайцевъ. Краткій курсъ минералогіи и геологіи. Томскъ 1903. 4. А. Иностранцевъ. Геологія т. I.

Неорганическая и органическая химія.

И. д. ординарнаго профессора Н. Н. Орловъ.

Осеннее полугодіе.

Студентамъ I семестра:

Неорганическая химія, 4 часа въ недѣлю.

Студентамъ III семестра:

Органическая химія, 2 часа въ недѣлю.

Аналитическая химія *) для студентовъ III семестра, не прослушавшихъ ее на II семестрѣ, 2 часа въ недѣлю.

Весеннее полугодіе 1909 года:

Студентамъ II семестра:

Неорганическая химія, 2 часа въ недѣлю.

Аналитическая химія *) 2 часа въ недѣлю.

Органическая химія 3 часа въ недѣлю.

Распредѣленіе часовъ лекцій слѣдующее:

Въ осеннее полугодіе:

Неорганическая химія студентамъ I семестра по понедѣльникамъ 1—3 час., по вторникамъ 9—11 час.

Органическая химія студентамъ III семестра по субботамъ 11—2 ч.

Въ весеннемъ полугодіи.

Студентамъ II семестра:

Неорганическая химія по средамъ 1—3 час.

Аналитическая химія по вторникамъ 1—3 час.

*) Съ практическими занятіями.

Органическая химія по понедѣльникамъ 1—3 час., по вторникамъ 9—10 час.

Учебныя пособія:

По неорганической химіи:

Менделѣевъ. Основа химіи 8 изд. С.-П.Б. 1906 г.

Оствальдъ. Основы неорганической химіи (переводъ Генерозова) Москва 1902 г.

Голлеманъ. Учебникъ неорганической химіи С.-П.Б. 1905 г.

Каблуковъ. Основныя начала неорганической химіи, 4 изд. Москва. 1908 г.

Нернстъ. Теоретическая химія (перев. Бурдакова) С.-П.Б. 1904 г.

Оствальдъ, основы теоретической химіи, Москва 1902 г.

По органической химіи:

Меншуткинъ, лекціи органической химіи, С.-П.Б. 1901 г.

Реформатскій С., начальный курсъ органической химіи. Кіевъ, 1907 г.

Ипатьевъ, курсъ органической химіи, 1903 г.

Голлеманъ, учебникъ органической химіи Москва, 1904 г.

По аналитической химіи:

Меншуткинъ, аналитическая химія, С-П.Б. 1901 г.

Явейнъ, руководство къ качественному и количественному анализу I ч. 1879 г.; II ч. 1903 г. С.-П.Б.

Реформатскій и Михайленко, введеніе въ химическій анализъ. Кіевъ 1907 г.

F. P. Treadwell, курсъ аналитической химіи въ двухъ частяхъ (переводъ) 1904—1907 г.

Физіологія.

Ординарн. проф. А. А. Кулябко.

Осеннее полугодіе.

6 лекцій въ недѣлю для студентовъ медиц. фак. 3-го семестра.— Понедѣльникъ, Среда и Четвергъ отъ 10 до 12 час. въ 1 аудиторіи.

Ученіе о крови и кровообращеніи. Общая мышечно-нервная физіологія. Физіологія центральной нервной системы.

Весеннее полугодіе.

6 лекцій въ недѣлю для студентовъ медиц. фак. 4-го семестра.— Понедѣльникъ, Среда и Четвергъ отъ 10 до 12 час. въ 1 аудиторіи.

Физіологія дыханія, пищеваренія, отдѣлительныхъ и выдѣлительныхъ процессовъ. Обмѣнъ веществъ и теплообразованіе. Органы чувствъ. Практическія занятія по физіологіи (необязательный курсъ) по груп-

памъ, не болѣе 20 человѣкъ въ каждой, два раза въ недѣлю въ теченіе шести недѣль, какъ въ осеннемъ такъ и весеннемъ полугодіи, въ часы и дни—по соглашенію.

Основные опыты по мышечно-нервной физіологіи, по физіологіи кровообращенія и дыханія.

Совѣщательный часъ—по понедѣльникамъ послѣ лекціи.

Руководства и пособія: Фредерикъ и Нюэль, основы физіологіи, перев. подъ ред. проф. Введенскаго. Тигерштедтъ, учебникъ физіологіи, перев. подъ ред. Павлова (Изд. „практ. медиц.“). Бунге, учебникъ физіологіи, переводъ Тарханова. Гедонъ, учебникъ физіологіи, перев. Завьялова, изд. „сотрудникъ“. Павловъ, лекціи о работѣ главныхъ пищевар. железъ. Павловъ, физіологія въ опытахъ. Hermann. Zehrbuch der Physiologie. Munk—Schultz. Zehrbuch der Physiologie. Stuvart. Manual ot Physiology. Завьяловъ. Краткій учебникъ физіологіи (только въ качествѣ конспекта).

Медицинская химія.

Орд. проф. Ф. К. Крюгеръ.

Осеннее полугодіе.

Медицинская химія (теорет. лекціи), 6 ч. въ недѣлю, по вторникамъ отъ 10—12, по пятницамъ и субботамъ отъ 9—11.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Весеннее полугодіе.

Практическія занятія по медицинской химіи, 6 ч. въ недѣлю, по вторникамъ отъ 10—12, по пятницамъ и субботамъ отъ 9—11.

Совѣщательные часы послѣ занятій.

Руководства и пособія: 1) Hammarsten, учебникъ физіолог. химіи, 2) Neumeister, учебникъ физіолог. химіи. 3) Ph. Bottazzi, Lehrbuch d. physiolcg. Ghemie. 4) Ф. К. Крюгеръ, краткій учебникъ медицинской химіи. 5) Вл. Гулевичъ, анализъ мочи.

Фармація съ фармакогнозіей.

Ордин. проф. Н. А. Александровъ.

Осеннее полугодіе.

Курсъ фармакогнозіи студентамъ III-го семестра. Естественная исторія организованныхъ лекарственныхъ веществъ (средствъ) растительнаго и животнаго происхожденія, главнымъ образомъ внесенныхъ въ послѣднее изданіе Государственной Россійской фармакопеи.

Нѣкоторые неорганизованные продукты растительныхъ и животныхъ организмовъ.

Научный діагнозъ тѣхъ и другихъ состоитъ въ слѣдующемъ: изучаются 1) происхожденіе и точная раціональная номенклатура, латинская къ особенности; 2) торговые сорта; 3) физическія свойства. Характерныя морфо—и гистологическія особенности; мѣста отложенія (вмѣстилища) важнѣйшихъ составныхъ началъ; 4) Составъ. Общіе методы выдѣленія (извлеченія) и количественнаго опредѣленія главнѣйшихъ составныхъ началъ, физическія и химическія свойства послѣднихъ. Реакціи распознаванія подлинности и методы испытанія доброкачественности и, наконецъ, 5) оффицинальные препараты и лекарственныя формы ихъ.

Три часа въ недѣлю: вторникъ, среда и суббота. Часы—по расписанію.

Практическія занятія по группамъ: вторникъ, среда, четвергъ. Часы по расписанію.

Химическіе методы изслѣдованія состава, испытанія подлинности и доброкачественности оффицинальныхъ организованныхъ лѣкарственныхъ веществъ и неорганизованныхъ продуктовъ растительнаго и животнаго происхожденія.

Методы изученія строенія (эмпирической и раціональной формулы) главнѣйшихъ составныхъ началъ тѣхъ же веществъ и продуктовъ.

Попутно (въ случаѣ необходимости и предварительно) систематически и критически на практикѣ изучаются соотвѣтственные отдѣлы аналитической химіи, предпочтительно передъ прочими—качественные и количественные аналитическіе методы, приведенные въ Россійской фармакопеѣ.

Практическое изученіе макро—и микроскопическихъ особенностей тѣхъ же веществъ. Примѣненіе микроскопа вообще.

Совѣщательные часы во время практическихъ занятій.

Пособія: Государственная Россійская фармакопея. Послѣднее изданіе. Н. Ментинъ, Курсъ фармакогнозіи. 1900.—В. Тихомировъ, Курсъ фармакогнозіи. Москва. Послѣднее изданіе.—Flückiger, Pharmakognosie des Pflanzenreiches.—Fluckiger—Hanbury—Lanessan, Histoire des drogues d'origine vegêtale.—A. u. Th. Husemann u. A. Hilger, Die Pflanzenstoffe in chemischer Hinsicht. A. Meyer, Wissenschaftliche Droguenkunde.—Planchon et Collin, Les Drogues simples.—Hager, Das Mikroskop und seine Anwendung. Циммерманъ, Микроскопъ, изд. Риккера.—Strassburger, Botanisch. Practicum, переводъ Навашина.—Koehler, Medicinalpflanzen in naturgetreuen Abbildungen mit Text.—O. Berg, Anatomischer Atlas zur pharmakognostichen Waarenkunde.—Vogl, Anatomischer Atlas zur Pharmakognosie.—Meyer, Anatomische Werthbestimmung einiger starkwirken-

der Droguen. Dragendorff, Die chemische Werthbestimmung einiger Starkwirkender Droguen.

L. Gatterman, Praxis des organischen Chemikers. Dr. C. R. Fresenius. Anleitung zur qualitativen und quantitativen chemichen Analyse.

Весеннее полугодіе.

Курсъ фармаціи студентамъ IV семестра.

Ч. I. Фармацевтическая химія (см. литера В. программы).

Научный діагнозъ неорганизованныхъ лѣкарственныхъ веществъ состоитъ въ слѣдующемъ, а именно: изучаются 1) составъ (т. е. раціональная формула) и точная раціональная номенклатура, латинская въ особенности; 2) методы полученія чистыхъ препаратовъ; 3) характерныя свойства. Важнѣйшія реакціи распознаванія подлинности (Identitätsreactionen) и чистоты лѣкарственныхъ веществъ и препаратовъ, главнымъ образомъ, неорганизованныхъ; 4) оффицинальные препараты (сорта) и лѣкарственныя формы.

Ч. II. Фармацевтическая рецептура въ связи съ пропедевтикой и фармацевтическимъ законовѣдѣніемъ (см. литера С программы).

Три часа въ недѣлю: среда, четвергъ и суббота.

Практическія занятія по группамъ: вторникъ, среда и четвергъ.

Часы—по расписанію.

Химическая методика извлеченія, полученія (синтеза) и опредѣленія подлинности и чистоты, главнымъ образомъ неорганизованныхъ, лѣкарственныхъ веществъ и препаратовъ. Методы изслѣдованія состава и химической структуры (строенія) послѣднихъ.

Попутно (если окажется необходимымъ, то и предварительно) изучаются на практикѣ соотвѣтственные отдѣлы качественнаго анализа и особенности приложеній послѣдняго, имѣющія спеціальное значеніе при всестороннемъ изученіи свойствъ лѣкарственныхъ препаратовъ. Особенное вниманіе обращается при этомъ на примѣры качественной и количественной аналитической методики, приведенные въ Россійской фармакопеѣ.

Правильное и раціональное приготовленіе оффицинальныхъ и магистральныхъ лѣкарственныхъ формъ.

Совѣщательные часы во время практическихъ занятій и послѣ лекцій.

Пособія: Государственная Россійская фармакопея. Послѣднее изданіе. В. Тихомировъ, Курсъ фармаціи. М., 4-е изданіе. Ю. Траппъ, Рецептура. Спб. Типогр. Акад. Наукъ—Dr. H. Hager, Technik der pharmaceutischen Receptur. Berlin. Springer.—Dr. H. Hager, Handbuch der pharmaceutischen Praxis. Dr. H. Hager, Руководство къ фармацев-

тической и медико-химической практикѣ. Перев. подъ редакціей и съ дополненіями пр. Анрепа и Пеля. Спб.—И. Кальнингъ, добавленія къ „Руководству Dr. H. Hager'a", Спб. 1900. Риккеръ—И. Кальнингъ, Комментаріи къ четвертому и 5-му изданіямъ Россійской фармакопеи. Москва. 1895 и послѣдующіе годы.—Beckurts-Hirsch, Handbuch der practischen Pharmacie. Stuttgart, Enke.—Geissler-Moeller, Real-Encyclopedie des gesammten Pharmacie.—A. Brestowsky, Handwörterbuch der Pharmacie.—Hager, Fischer u. Hartwich, Kommentar zum Arzneibuch für das Deutsche Reich.—E. Schmidt, Ausführliches Lehrbuch d. pharmaceutischen Chemie.—Fluckiger, Pharmaceutische Chemie. B. Fischer, Die neuert en Arzneimittel.. Beilstein, Handbuch der Organischen Chemie.—Wiesner, Die Rohstoffe.—Guareschi-Krause, Alkaloide.—A. Pictet, Pflanzen-alkaloide.—Dragendorft, Qualit. u quantit. Analyse von Pflanzen.—B. Оствальдъ, Научныя основанія аналитической химіи.—Rieth, Volumetrische Analyse.—Biechele, Pharmaceutische Uebungspräparate.

Патологическая анатомія.

Экстраординарный проф. М. М. Покровскій.

Осеннее полугодіе.

Для студентовъ 5-го семестра: общая патологическая анатомія. 4 лекціи въ недѣлю: понедѣльникъ отъ 9—11 часовъ, вторникъ и суббота отъ 9—10 часовъ утра. Практическія занятія по патологической гистологіи 4 часа въ недѣлю: среда и четвергъ отъ 5—7 часовъ вечера.

Для студентовъ 9-го семестра: упражненія въ производствѣ патолого-анатомическихъ вскрытій 2 раза въ недѣлю, въ неопредѣленное время, смотря по поступленію матеріала.

Для практическихъ занятій студенты, какъ 5-го, такъ и 9-го семестровъ дѣлятся на группы.

Совѣщательные часы: понедѣльникъ, вторникъ и суббота отъ 11 до 12 часовъ дня.

Весеннее полугодіе.

Для студентовъ VI семестра—частная патологическая анатомія. Въ остальномъ распредѣленіе тоже, что и въ осеннемъ полугодіи.

Пособія: 1) Подвысоцкій В. В. Основы общей и экспериментальной патологіи. 4-е изд. Спб. 1905. 2) Ribbert H. Учебникъ общей патологіи и общей патологической анатоміи. Пер. съ нѣм. Кіевъ. 1905. 3) Ribbert H. Руководство частной патологической анатоміи. Пер. съ нѣм. Спб. 1904. 4) Никифоровъ М. Основы патологической анатоміи. 2-е

изд. М. 1905. 5) Дмоховскій. Анатомо-патологическая діагностика. Ч. I. Грудная клѣтка. Спб. 1904. 6) Венгловскій Р. I. Краткій учебникъ микроскопической и лабораторной техники. Спб. 1907.

Діагностика внутреннихъ болѣзней.

Приватъ-доцентъ И. М. Левашевъ.

Теоретическія лекціи 3 часа въ недѣлю. Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Практическія занятія: обходы больныхъ три раза въ недѣлю съ 5 ч. и до 7 ч. вечера, занятія въ лабораторіи разъ въ недѣлю 2 часа.

Осеннее полугодіе.

Общая часть. Субъективный и объективный методы изслѣдованія. Тѣлосложеніе и состояніе питанія больного человѣка. Измѣренія. Положеніе больного. Термометрія.

Специіальная часть. Изслѣдованіе кожи и подкожной клѣтчатки. Изслѣдованіе крови: хлорозъ, пернпціозная анемія, левкемія и т. п.

Органы дыханія: осмотръ, ощупываніе, выслушиваніе и выстукиваніе; изслѣдованіе мокроты.

Органы кровообращенія: изслѣдованіе сердца и сосудистой системы.

Весеннее полугодіе.

Органы пищеваренія: изслѣдованіе пищевода, желудка и желудочнаго содержимаго. Изслѣдованіе кишечника и испражненій, паразиты въ послѣднихъ, бактеріологія. Изслѣдованіе печени и селезенки. Изслѣдованіе брюшины, сальника, поджелудочной желѣзы и забрюшныхъ лимфатическихъ железъ.

Мочевой аппаратъ: анализъ мочи, изслѣдованіе почекъ, мочеточниковъ и мочевого пузыря.

Рентгенодіагностика. Кріоскопія.

Пособія: Weintraid,—руководство къ клиническимъ способамъ изслѣдованія, перев. съ нѣмец. Спб. 1905 г. Jahli,—учебникъ клиническихъ методовъ изслѣдованія; перев. съ нѣм.; послѣд. изданіе. Leube,—частная діагностика внутреннихъ болѣзней, перев. съ нѣм. Спб. 1903 г. Котовщиковъ,—руководство къ клинич. методамъ изслѣдованія внутр. болѣзней; посл. изданіе. Предтеченскій,—Руководство къ клинич. микроскопіи. Москва 1906 г. Текущая литература.

Частная патологія и терапія.

Экстраорд. профес. И. И. Александровичъ-Дочевскій.

Теоретическія лекціи 4 ч. въ недѣлю (по понедѣльникамъ съ 2—3 ч., средамъ съ 10—12 ч. и пятницамъ съ 10—11 ч.).

Осеннее полугодіе.

Болѣзни инфекціонныя и органовъ кровообращенія.

Весеннее полугодіе.

Болѣзни органовъ дыханія, пищеваренія, болѣзни почекъ и общія конституціональныя. Обходы больныхъ со студентами въ госпитальной терапевтической клиникѣ 4 раза въ недѣлю съ 5—7 ч. вечера.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Пособія: A. Strümpell,—учебникъ частн. патол. и терапіи. Г. Эйхгорстъ—руководство частной патологіи. Dieulafoy: руководство къ внутренней патологіи.

Осеннее и весеннее полугодія.

6 часовъ въ недѣлю (по вторникамъ, четвергамъ и субботамъ съ 11—1 ч.), посвящаемыхъ разбору имѣющагося въ госпитальной терапевтической клиникѣ клиническаго матеріала. Обходы больныхъ въ той-же клиникѣ и по тѣмъ-же днямъ съ 1—3 ч.

Пріемы приходящихъ больныхъ въ амбулаторіи по понедѣльникамъ и пятницамъ съ 11—1 ч. дня.

Пособія: руководства частной патологіи и терапіи Strümpell'я, Эйхгорста, Dieulafoy и клиническія лекціи Боткина, Л. Попова и Остроумова.

Оперативная хирургія съ топографической анатоміей.

Внѣштатн. ордин. проф. А. А. Введенскій.

Осеннее полугодіе (8 часовъ).

Топографическая анатомія головы, шеи и конечностей. Операціи на кровеносныхъ сосудахъ и нервахъ, перевязка артерій на продолженіи. Ампутаціи и вычлененія на конечностяхъ. Резекціи костей и сочлененій.

Лекціи по средамъ и пятницамъ отъ 8 до 10 ч. утра.

Практическія занятія по группамъ, два раза въ недѣлю, по четвергамъ и пятницамъ отъ 5 до 7 ч. вечера. Матеріаломъ для практическихъ занятій служатъ трупы безродныхъ и животныя, преимущественно собаки.

Для демонстраціи типическихъ и атипическихъ операцій, кромѣ того, студенты по группамъ приглашаются въ мѣстный военный лазаретъ по воскреснымъ днямъ, или, смотря по матеріалу, въ больницу тюремнаго замка.

Для студентовъ, изучающихъ топографическую анатомію путемъ препарировки преимущественно дѣтскихъ труповъ, а также знакомящихся

съ этимъ предметомъ по спиртовымъ, сухимъ и препаратамъ Tramond'a, кабинетъ открытъ ежедневно, кромѣ воскресныхъ дней, отъ 9 ч. утра до 7 ч. вечера.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Весеннее полугодіе (8 часовъ).

Топографическая анатомія груди, живота и таза; стѣнокъ и ихъ содержимаго. Спеціальныя операціи, производимыя въ этихъ областяхъ.

Лекціи и практическія занятія въ тѣ же часы, какіе обозначены въ осеннемъ полугодіи.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Руководства: Пироговъ, хирургическая анатомія артеріальныхъ стволовъ и фасцій, Спб. 1882. Tillaux, руководство топографической анатоміи. Р. п., Спб. 1895—1896. Бобровъ, курсъ операт. хирургіи, 5 изд., Москва 1908. Тотъ-же авторъ, руководство хир. анатоміи, Москва 1898. Круглевскій, руководство къ практич. изученію опер. хирургіи. Выпускъ 1, Спб. 1901. Дьяконовъ, Рейнъ и проч., лекціи опер. хир., Москва 1901—1903. Kocher, ученіе о хирургич. операціяхъ. Р. п., Спб. 1899. Chalot, traité élementaire de chirurgie et de médecine opératoires, Paris 1900. Farabeut, Основы оперативной хирургіи. Р. п., Спб. 1887.

Хирургическая патологія и терапія, десмургія и ученіе о вывихахъ и переломахъ.

Ординарн. проф. В. М. Мышъ.

Курсъ хирургической патологіи и терапіи читается оба полугодія по 3 часа въ недѣлю: по понедѣльникамъ отъ 12—2 дня, по средамъ отъ 12—1 дня. Чтеніе курса сопровождается, въ предѣлахъ наличной возможности, демонстраціей препаратовъ, рисунковъ, рентгенограммъ и т. д. Для практическаго ознакомленія съ современной постановкой хирургическаго дѣла и основными пріемами хирургической техники и діагностики слушатели по группамъ посѣщаютъ операціонные дни въ хирургическомъ отдѣленіи при Общинѣ Краснаго Креста.

Курсъ десмургіи и механургіи съ ученіемъ о вывихахъ и переломахъ читается оба полугодія по 2 часа въ недѣлю: по пятницамъ отъ 12—2 час. дня.

Руководства. По хирургической патологіи и терапіи: 1) Tilmanns—Руководство общей хирургіи, посл. издан.; 2) Landerer—Руководство общей хирургіи, 1907 г.; 3) Мышъ—Основы хирургической патологіи и терапіи, 1907 г.

По десмургіи: 1) Schimmelbusch—Руководство къ асептическому пользованію ранъ 1892 г.; 2) Terrier et Peraire—Petit manuel d'antisepsic et d'asepsie Chirurgicales; Hofta Atlas und Grundriss der Verbandlehre. 1900 г. 3) Турнеръ—Руководство къ наложенію повязокъ, 1899.

По ученію о вывихахъ и переломахъ: 1) Steller—Компендіумъ ученія о вывихахъ и переломахъ, посл. изд.

Общая патологія.

Орд. проф. П. П. Авроровъ.

Осеннее полугодіе, V-й семестръ.

Введеніе въ курсъ общей патологіи. Общая нозологія.

Общая этіологія болѣзней. Патологія клѣтки.

Воспалительный процессъ. Лихорадка.

Весеннее полугодіе, VI-й семестръ.

Патологія кровеносной и лимфатической системы.

Патологія крови. Патологія печени и почекъ.

Ученіе объ инфекціонномъ процессѣ. Иммунитетъ.

Лекцій въ недѣлю четыре: по вторникамъ отъ 9—11 часовъ, по четвергамъ съ 12 до 1 часу и по субботамъ отъ 9 до 10 часовъ.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Пособія. 1) Репревъ.—Основы общей и экспериментальной патологіи. Харьковъ. 1908. 2) Подвысоцкій.—Основы общей и экспериментальной патологіи С.П.Б. 1905. 3) Пашутинъ.—Курсъ общей и экспериментальной Патологіи. С.П.Б. 1902 и 1885. 4). Лукьяновъ.—Основанія общей патологіи клѣтки 1890. Основанія общей патологіи сосудистой системы 1893. Основанія общей патологіи пищеваренія 1897. 5) Krehl.—Pathologische Physiologie. 1907. Leipzig.

Гигіена, эпидеміологія, медицинская статистика, эпизоотологія и ветеринарная полиція.

Ординарный проф. П. Н. Лащенковъ.

А. Осеннее полугодіе.

I. *Студентамъ 3-го курса* (три часа въ недѣлю)

Предметъ гигіены и ея задачи. Отношеніе гигіены къ біологіи (бактеріологіи), антропологіи, этнологіи, статистикѣ и медицинѣ. Вліяніе внѣшней среды на здоровье человѣка. Воздухъ, вода, почва.

Практическія занятія по гигіенѣ 4 часа въ недѣлю.

II. *Студентамъ 5-го курса* (одинъ часъ въ недѣлю).

Инфекція, ея сущность. Внѣшняя среда, какъ источникъ инфекціи. Мѣры обезвреженія инфекціи личнаго и общественнаго характера. Задачи и предметъ эпидеміологіи. Эпидеміологія дѣтскихъ лѣтнихъ поносовъ, оспы, холеры, чумы, тифа (брюшного, сыпного, возвратнаго) малярін и дезинтеріи.

В. Весеннее полугодіе.

I. *Студентамъ 3-го курса* (три часа въ недѣлю).

Пища и питаніе. Гигіена жилищъ, одежды. Школьная, больничная, профессіональная гигіена. Основы врачебно-санитарной организаціи государственной и общественной въ связи съ существующими санитарными законоположеніями Имперіи. Медицинская статистика, ея задачи сущность и способы практическаго осуществленія.

Практическія занятія по гигіенѣ 4 часа въ недѣлю.

II. *Студентамъ 5-го курса* (одинъ часъ въ недѣлю).

Эпизоотологія. Роль животныхъ (и насѣкомыхъ), какъ носителей и передатчиковъ инфекціи. Заразныя болѣзни животныхъ: сибирская язва, сапъ, собачье бѣшенство, жемчужная болѣзнь, ящуръ, чума, повальная перипнеймонія, актиномикозъ. Ветеринарно-полицейскія мѣры противъ указанныхъ болѣзней.

Пособія. Эрисманъ—Курсъ гигіены, Москва 1903 г., Леманъ—Методы практической гигіены, изд. 1903 г. Лащенковъ—записныя книжки по практической гигіенѣ, 1907 г., его же—Гигіена—литографическій курсъ для г. г. студентовъ, 1908 г. Совѣщательные часы—часы послѣ лекцій.

Бактеріологія.

Прив.-доц. П. В. Бутягинъ.

Студентамъ 5 и 6 семестровъ.

3 часа въ недѣлю.

Осеннее полугодіе.

I. Общая бактеріологія. Исторія бактеріологіи. Морфологія и физіологія бактерій. Систематика бактерій. Пути инфекціи. Ученіе объ иммунитетѣ.

Весеннее полугодіе.

II. Частная бактеріологія. Патогенные микроорганизмы. Ученіе о предохранительныхъ прививкахъ (оспа, бѣшенство, холера, тифъ и проч.) и серотерапіи (дифтеритъ, тетанусъ, дизентерія и проч.).

Практическія занятія по группамъ въ оба полугодія по 3 часа въ недѣлю. Занятія эти касаются общей бактеріологической методики: способа изслѣдованія микроорганизмовъ подъ микроскопомъ, способы культуръ на питательныхъ средахъ, дезинфекція и стерелизація, а также методика изслѣдованія бактерій въ воздухѣ, водѣ и почвѣ, техника иммунизаціи, полученія сыворотокъ и вакцинъ.

Пособія: Габричевскій, медицинская бактеріологія, 1907. Günther, руководство бактеріологіи, 1904. Abel, краткое руководство для бактеріологической практики, 1907. Lehmiann und Neumann, Atlas und Grundriss der Bakteriologie, 1907. Kolle und Hetsch. Die experimentelle Bakteriologie und Jnfektionskrankcheite, 1906. Marx, Die expérimentelle Diagnostik `Serumtherapie und Phophylaxee der Jnfektionskrankheit, 1908. Мечниковъ Невоспріимчивость въ заразныхъ болѣзняхъ, 1903.

Нервныя и душевныя болѣзни.

Ордин. проф. М. Н. Попова.

Нервныя болѣзни.

Для студентовъ VII и VIII семестровъ: 2 часа въ недѣлю (среда отъ 12 до 2 ч.).

Осеннее полугодіе.

Способы изслѣдованія нервнобольныхъ. Болѣзни периферическихъ нервовъ. Болѣзни спинного мозга. Болѣзни головного мозга. Функціональныя страданія нервной системы.

Весеннее полугодіе.

Клинич. лекціи по нервнымъ болѣзн. въ клиникѣ нервн. болѣзней.

Совѣщательный часъ въ среду отъ 2—3 ч.

Пособія: Даркшевичъ, руководство къ изученію нервныхъ болѣзней, 1905 г., Казань. Поповъ Н., клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ 1902 г., Казань. Штрюмпель, учебникъ частной патологіи и терапіи, перев. 1900 г. Gowers, руководство къ болѣзнямъ нервной системы перев. Орѣч. изд. II-е, 1894 г., Петербургъ. Oppenheim, руководство по нервнымъ болѣзнямъ, перев. Говсѣева, 1896 г., Москва.

Душевныя болѣзни.

Для студентовъ IX и X семестровъ: два часа въ недѣлю (пятница отъ 12 до 2 ч.).

Осеннее полугодіе.

Общая психопатологія. Разстройства въ сферахъ: познавательной, чувствительной и воли. Физическія разстройства душевно-больныхъ.

Патолого-анатомическія измѣненія при душевныхъ болѣзняхъ. Главныя основы леченія душевно-больныхъ. Частная психопатологія. Классификація душевныхъ болѣзней. Психозы вырожденія. Душевныя болѣзни съ органическими измѣненіями головного мозга.

Весеннее полугодіе.

Клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ въ окружной психіатрической лечебницѣ.

Совѣщательный часъ въ пятницу послѣ лекцій.

Пособія: П. И. Ковалевскій, психіатрія т.т. 1 и 2-й—Харьковъ. Корсаковъ, курсъ психіатріи, 1900 г., Москва. Чижъ, проф., учебникъ психіатріи, 1902 г., Юрьевъ. Поповъ Н., лекціи по общей психопатологіи 1897 г., Казань. Поповъ, Н., клиническія лекціи по душевнымъ болѣзнямъ 1901 г, Казань.

Кожныя и венерическія болѣзни.

Студентамъ IV и V курсовъ.

Экстраординарный проф А. А. Линдстремъ.

Осеннее полугодіе VII семестру 2 ч. въ недѣлю.

Дерматологія: Систематическій курсъ. Историческій ходъ развитія дерматологіи. Анатомія и физіологія кожи. Этіологія болѣзней кожи, общая симптоматологія, діагностика и терапія болѣзней кожи. Аномаліи отдѣленія сала и пота. Воспалительныя заболѣванія кожи, нервныя заболѣванія кожи, токсическія заболѣванія кожи, новообразованія и аномаліи развитія. Бактерійныя болѣзни. Паразитарныя болѣзни кожи.

Весеннее полугодіе VIII семестру 2 ч. въ недѣлю.

Венералогія: Систематическій курсъ. Историческій ходъ развитія венералогіи. Ученіе о перелоѣ и его осложненіяхъ, о венерической язвѣ и ея осложненіяхъ. Ученіе о сифилисѣ, сифилитическій ядъ, первый инкубаціонный періодъ, первичное пораженіе, второй инкубаціонный періодъ вторичныя, и третичныя явленія сифилиса. Профилактика и терапія сифилиса. Опредѣленіе ртути въ мочѣ.

По вторникамъ и четвергамъ отъ 2—3 ч.

Для студентовъ IX и X семестровъ по 3 часа въ недѣлю. Клиника кожныхъ и венерическихъ болѣзней. Клиническій разборъ больныхъ при обязательномъ участіи кураторовъ. Демонстрація и разборъ клиническаго и амбулаторнаго матеріала. Избранные отдѣлы дерматологіи и венералогіи.

По вторникамъ, четвергамъ и субботамъ 1—2 ч.

Пособія по дерматологіи: Hebra и Kaposi, (переводъ съ нѣм. подъ редакціей проф. А. Г. Полотебнова). Руководство къ изученію болѣзней кожи. А. Г. Полотебновъ, дерматологическія изслѣдованія. E. Lesser, руководство къ изученію кожныхъ болѣзней (русскій переводъ). А. И. Поспѣловъ. Руководство къ изученію кожныхъ болѣзней. A. Iarisch, Hautkrankheiten.

Пособія по венералогіи: А. Г. Ге, курсъ венерическихъ болѣзней. П. В. Никольскій, лекціи о лѣченіи сифилиса. A. Taurnier, ученіе о сифилисѣ (русс. перев.). E. Finger, Перелой половыхъ органовъ и его осложненія (русскій перев.). E. Lang, vorlemangen über Pathalogie und Therapie d. Syphilis. E. Lesser, Руководство къ изученію венерическихъ болѣзней (русскій перев.). I. Neumann, Syphilis.

Терапевтическая факультетская клиника.

Орд. проф. М. Г. Курловъ.

Осеннее и весеннее полугодія.

Шесть часовъ въ недѣлю по вторникамъ, четвергамъ и субботамъ съ 10 до 12 часовъ, посвящаемые разбору имѣющагося клиническаго матеріала.

Обходы больныхъ съ группами студентовъ по понедѣльникамъ, средамъ и пятницамъ отъ 5 до 7-ми часовъ и пріемы приходящихъ больныхъ по вторникамъ и субботамъ отъ 12 до 2 часовъ.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Пособія: руководства по частной патологіи и терапіи и клиническія лекціи современныхъ клиницистовъ.

Хирургическая факультетская клиника.

Внѣшт. ордин. проф. Н. А. Роговичъ.

Клиническія лекціи, операціи на больныхъ, принимаемыхъ въ клинику, и на амбулаторныхъ больныхъ по 6 часовъ въ недѣлю: по понедѣльникамъ, средамъ и пятницамъ отъ 10 до 12 часовъ дня. Амбулаторный пріемъ больнихъ по вторникамъ, четвергамъ и субботамъ отъ 9—11 часовъ утра. Кромѣ того операціи производятся и въ неупомянутые дни и часы въ зависимости отъ накопленія больныхъ.

Необязательные вечерніе пріемы по горловымъ и носовымъ болѣзнямъ по вторнинамъ и пятницамъ отъ 6—7 часовъ.

Пособія: Кенигъ, руководство частной хирургіи 1895 г. Тильмансъ, Руководство частной хирургіи 1897 г. Bergman, Bruns, Mikulicz. Руководство практической хирургіи 1902—1903 г. Русская хирургія, Сборное руководство 1902—1903 г.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Болѣзни носа, придаточныхъ полостей, глотки и гортани. Необязательный курсъ по четвергамъ съ 2 до 3 ч. дня.

1) Анатомія носовой полости, прибавочныхъ полостей, глотки и гортани. 2) Методы изслѣдованія этихъ полостей. 3) Общая терапія, какъ лекарственная, такъ и хирургическая. Краткое описаніе употребляемыхъ инструментовъ. 4) Болѣзни носа. Общая симптомо-патологія. Аномалія развитія и пріобрѣтенные дефекты. 5) Острыя заболѣванія носовой полости: rhinitis catarrhalis acuta, rhinitis phegmonosa, ulcerosa, diphteritica et gangraenosa; rhinitis chronica. 6) Сифилисъ, лупусъ, сапъ, риносклерома, микозы и паразиты. 7) Носовыя кровотеченія, посторонія тѣла и конкременты. 8) Новообразованія. 9) Нервныя заболѣванія и рефлекторные неврозы.

Болѣзни придаточныхъ полостей: Болѣзни гайморовой полости, лобной пазухи, лаборинта, полости клиновидной кости. Діагностика и леченіе заболѣваній придаточныхъ полостей носа.

Болѣзни гортани: анэмія и гиперемія гортани, острый катарръ гортани, подъострый и хроническій катарръ. Пахидермія гортани. Отекъ гортани Laryngitis submucosa acuta, laryngitis submucosa chronica. Perichondritis chronica. Туберкулезъ, сифилисъ, лупусъ гортани, лепра и склерома гортани. Заболѣванія гортани при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ: крупъ, рожа; заболѣванія при тифѣ, скарлатинѣ, инфлюэнцѣ и т. п. Поврежденія гортани и инородныя тѣла. Рубцовые стенозы, врожденные недостатки и ихъ леченіе. Новообразованія гортани. Доброкачественныя опухоли. Эндоларингеальныя и экстраларингеальныя операціи. Злокачественныя опухоли. Неврозы гортани. Неврозы въ области чувствительныхъ нервовъ. Неврозы въ области двигательныхъ нервовъ. Параличи отдѣльныхъ мускуловъ. Параличи гортани при заболѣваніяхъ продолговатаго и головного мозга.

Пособія: Никитинъ, болѣзни носовой полости 1902. Онъ-же, руководство къ изученію ларингоскопіи и болѣзней гортани 1903 г. Брезгенъ, руководство къ патологіи и терапіи болѣзней носа, рта, глотки, гортани и дыхательнаго горла 1897 г. Геркенъ, хирургическія болѣзни носа, придаточныхъ полостей его и носоглотки. 1904.

Офталмологія и офталмологическая клиника.

Экстра-орд. проф. С. В. Лобановъ.

Студентамъ 7 и 8 семестровъ.

Осеннее полугодіе.

3 лекціи въ недѣлю; въ дни и часы по росписанію.

Систематическій курсъ офталмологіи: основныя свѣдѣнія по анатоміи и физіологіи глаза и физіологической оптикѣ. Ученіе объ аномалі-

яхъ рефракціи и аккомодаціи глаза, офтальмоскопія и скіаскопія. Болѣзни вѣкъ, слизистой оболочки глаза и слезнаго аппарата.

Практическія занятія по офтальмоскопіи и скіаскопіи 2 раза въ недѣлю, въ дни и часы (вечерніе) по соглашенію со студентами.

Весеннее полугодіе.

3 лекцію въ недѣлю; дни часы по росписанію.

Продолженіе систематическаго курса офтамолологіи. Патологія мышечнаго аппарата глаза. Болѣзни роговой и радужной оболочекъ, рѣсничнаго тѣла, глаукома хрусталика и стекловиднаго тѣла.

Практическія занятія: студенты присутствуютъ на амбулаторныхъ пріемахъ, гдѣ, главнымъ образомъ, упражняются въ опредѣленіи аномалій рефракціи и аккомодаціи глаза (т. е подборѣ очковъ) и техникѣ офтальмоскопіи и скіаскопіи.

Студентамъ IX и X семестровъ.

3 лекціи въ недѣлю; въ дни и часы по росписанію.

Осеннее полугодіе.

Одна лекція—теоретическая и двѣ лекціи—клиническія.

Практическія занятія.

Весеннее полугодіе.

Три лекціи—клиническія.

Практическія занятія.

Лекціи состоятъ: теоретическія—въ изложеніи болѣзней сосудистой и сѣтчатой оболочекъ глаза и зрительнаго нерва; клиническія—въ демонстраціяхъ и клиническомъ разборѣ глазныхъ больныхъ, сопровождаясь въ то же время colloquium'омъ со студентомъ, разбирающимъ больного.

Практическія занятія:

1) студенты посѣщаютъ (по группамъ) амбулаторные пріемы (4раза въ недѣлю), гдѣ практически знакомятся съ различными способами изслѣдованія, распознаванія и леченія глазныхъ болѣзней; 2) студенты присутствуютъ при производствѣ операцій (2 раза въ недѣлю), ежедневномъ обходѣ клиники и перевязкахъ больныхъ; 3) студенты упражняются въ производствѣ важнѣйшимъ глазныхъ операцій на фантомѣ; наиболѣе-же интересующіеся производятъ операціи на больныхъ, подъ руководствомъ профессора.

Совѣщательные часы для студентовъ всѣхъ 4 семетровъ—послѣ лекцій.

Пособія: Ходинъ, практическая офталмологія 1899 г. Крюковъ, курсъ глазныхъ болѣзней 1908 г. Fuchs, руководство къ глазнымъ болѣзнямъ. Адамюкъ, болѣзни свѣтоощущающаго аппарата глаза. Натансонъ, глазныя болѣзни въ ихъ связи съ общими заболѣваніями организма. Олеманъ, терапія глазныхъ болѣзней 1906 г. Haab, 1) атласъ и краткія основы офтальмоскопіи и офтальмоскопической діагностики и 2) атласъ наружныхъ заболѣваній глаза. Silex, compendium der Augenheilkunde Graefe—Saemisch—Handbuch der gesamten Augenheilkunde. Haab, атласъ и очеркъ ученія о глазныхъ операціяхъ 1906 г.

Акушерство и женскія болѣзни.

Орд. проф. И. Н. Грамматикати.

Осеннее полугіе (3 часа въ недѣлю).

Студентамъ VII семестра.

Систематическое изложеніе акушерства со включеніемъ патологіи беременности, родовъ и послѣродового періода. Очеркъ основъ оперативнаго акушерства. Три раза въ недѣлю: по понедѣльникамъ, вторникамъ и средамъ отъ 9—10 ч. утра.

Для присутствованія при родахъ и ознакомленія съ методомъ акушерскаго изслѣдованія студенты во всякое время дня и ночи приглашаются по группамъ въ родильный покой акушерско-гинекологической клиники.

Для ознакомленія съ методами гинекологическаго изслѣдованія студенты приглашаются по группамъ на амбулаторные пріемы въ клиникѣ.

Весеннее полугодіе (3 часа).

Студентамъ VIII семестра.

Систематическое изложеніе ученія о женскихъ болѣзняхъ. Три раза въ недѣлю; по понедѣльникамъ, вторникамъ, и средамъ отъ 9—10 часовъ утра.

Студенты присутствуютъ при родахъ, какъ и въ первомъ полугодіи.

Въ амбулаторіи клиники занятія по группамъ, какъ и въ первомъ полугодіи.

Студентамъ IX и X семестровъ.

(Оба полугодія по 3 часа въ недѣлю).

Акушерско-гинекологическая клиника. Три лекціи въ недѣлю: по понедѣльникамъ, средамъ и пятницамъ отъ 11 до 12 часовъ утра.

Лекціи посвящаются разбору клиническаго матеріала, имѣющагося въ акушерскомъ и гинекологическомъ отдѣленіяхъ клиники, а также производству гинекологическихъ операцій.

Въ акушерскомъ отдѣленіи клиники студенты присутствуютъ при родахъ и наблюдаютъ за теченіемъ послѣродового періода.

Въ назначенныя часы и дни (вечеромъ)—практическія занятія по оперативному акушерству.

Въ гинекологическомъ отдѣленіи клиники студенты назначаются кураторами къ гинекологическимъ больнымъ, наблюдаютъ за теченіемъ болѣзни, ведутъ скорбные листки.

Кромѣ того студенты въ назначенные дни и часы приглашаются въ амбуляторіи клиники для участія въ пріемѣ больныхъ съ цѣлью распознаванія болѣзненныхъ формъ и назначенія соотвѣтствующаго леченія. Клиника открыта для студентовъ IX и X семестровъ отъ 8 часовъ утра до 8 часовъ вечера.

Пособія. По акушерству: Шредеръ, учебникъ акушерства. Изд. К. Риккера подъ редакціей проф. Рейна. Bumm, руководство къ изученію акушерства. Изд. журнала „Практическая Мед." 2-е русское изд. Спб. 1907 г.

По женскимъ болѣзнямъ: проф. Снегиревъ. Маточныя кровотеченія. 4 изд. Москва 1907. Küstner. Краткій учебникъ гинекологіи, изд. К. Риккеръ. 1908.

По оперативному акушерству: Проф. Феноменовъ. Оперативное акушерство, 4 изд. Спб. 1902 г.

По оперативной гинекологіи. Döderlein и Krönig, Оперативная гинекологія. Изд. журн. „Практическая Мед.", Спб. 1907 г.

По анатоміи и физіологіи женскихъ половыхъ органовъ: Проф. Грамматикати, Основы къ изученіи акушерства и женскихъ болѣзней. Томскъ.

Дѣтскія болѣзни съ клиникой.

Орд. проф. С. М. Тимашевъ.

Студентамъ IV курса.

Осеннее полугодіе.

О важнѣйшихъ анатомо-физіологическихъ особенностяхъ дѣтскаго организма и объ изслѣдованіи дѣтей. Составъ женскаго молока. Способы его изслѣдованія. Правила кормленія дѣтей материнской грудью, молокомъ животныхъ и наиболѣе употребительными составами.

Частная и общая гигіена и болѣзни новорожденныхъ.

Весеннее полугодіе.

Конституціональныя заболѣванія въ дѣтскомъ возрастѣ. Болѣзни органовъ кровообращенія, дыханія, пищеваренія, лимфатической системы, кожи, половыхъ органовъ, органовъ движенія, глазныя, нервныя и заразныя болѣзни.

Чтенія въ оба полугодія по 2 часа въ недѣлю: по понедѣльникамъ отъ 12—2 часовъ.

Совѣщательный часъ послѣ лекцій.

Для ознакомленія съ методами изслѣдованія дѣтей студенты ежедневно присутствуютъ по группамъ на амбулаторныхъ пріемахъ, принимая непосредственное участіе въ послѣднихъ только со 2 полугодія.

Пріемъ амбулаторныхъ больныхъ ежедневно, кромѣ праздничныхъ дней, отъ 10—12 ч утра.

Студентамъ V курса.

Оба полугодія.

Двѣ лекціи въ недѣлю, по средамъ и пятницамъ отъ 9 до 10 ч. утра

Лекціи посвящаются разбору клиническаго матеріала по дѣтскому отдѣленія клиники.

Всѣ болѣе или менѣе интересные амбулаторные больные демонстрируются всему курсу въ особо назначенные часы. Обходы клиническихъ больныхъ со студентами ежедневно отъ 9—10 ч. утра и отъ 6—7 ч. вечера.

Студенты назначаются кураторами къ стаціонарнымъ больнымъ, наблюдаютъ за теченіемъ, лѣченіемъ болѣзни и ведутъ скорбные листы.

Студенты принимаютъ участіе въ пріемѣ амбулаторныхъ больныхъ и практикуются въ распознаваніи болѣзвенныхъ формъ и назначеніи соотвѣтствующаго лѣченія.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Пособія: Филатовъ, семіотика и діагностика дѣтскихъ болѣзней Москва, 1898 г. Онъ-же, курсъ инфекціонныхъ болѣзней дѣтскаго возраста. Москва. 1895 г. Онъ-же, клиническія лекціи, I и II вып. Москва, 1900 г. Багинскій, учебникъ дѣтскихъ болѣзней. Москва, 1898 г. Бидертъ, руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ. Спб., 1896 г. Якоби, терапія дѣтскихъ болѣзней. Кіевъ, 1898 г. Муратовъ, Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ дѣтскаго возраста, вып. I, II и III Москва, 1898 и 1899 г. Марфанъ, гастроэнтериты грудныхъ дѣтей, Переводъ съ франц. Косацкаго, подъ редакц. проф. С. Тимашева. Москва, 1902 г. Бендиксъ, курсъ дѣтскихъ болѣзней. Спб. 1905 г. Гейбнеръ, дѣтскія болѣзни. Спб. 1907 г.

Судебная медицина.

Внѣшт. орд. проф. М. Ѳ. Поповъ.

Осеннее полугодіе.

Юридическая часть судебной медицины.

О признакахъ смерти. Судебно-медицинскій осмотръ трупа. Смерть скоропостижная и насильственная. Смерть асфиктическая. Смерть отъ динамическихъ причинъ. Смерть отъ ранъ и другихъ механическихъ повреждeній. О тѣлесныхъ повреждeніяхъ не смертельныхъ. Объ опредѣленіи тождества лица. О неспособности къ брачному сожитію мужчины и женщины. О любодѣяніяхъ и др. половыхъ непотребствахъ, изнасилованіи, растлѣніи и проч.

Три раза въ недѣлю—по вторникамъ, пятницамъ и субботамъ отъ 12 до 2 час. дня.

Совѣщательный часъ послѣ лекцій.

Судебно-медицинскія вскрытія въ анатомическомъ театрѣ по мѣрѣ поступленія труповъ.

Весеннее полугодіе.

Скрываемая беременность. Преступный выкидышъ. Тайные роды. Дѣтоубійство и его виды. Судебная психопатологія. Симуляція и членовредительство. О правахъ, обязанностяхъ и отвѣтственности врачей. Токсикологія. Общіе методы изслѣдованія ядовъ неорганическихъ и органическихъ. Изложеніе отдѣльныхъ отравленій съ описаніемъ прижизненныхъ припадковъ, анатомическихъ измѣненій, лѣченія и способовъ открытія ядовъ.

Три раза въ недѣлю: по вторникамъ, пятницамъ и субботамъ, отъ 12 до 2 час. дня.

Совѣщательный часъ послѣ лекцій.

Судебно-медицинскія вскрытія труповъ въ анатомическомъ театрѣ. Демонстраціи и практическія упражненія студентовъ и фармацевтовъ въ способахъ открытія ядовъ, въ изслѣдованіи кровяныхъ, сѣмянныхъ и др. пятенъ и волосъ—въ судебно-медицинской лабораторіи.

Для желающихъ заниматься лабораторія открыта отъ 10—3 ч. дня.

Пособія: Учебникъ судебной медицины проф. Гофмана. Пособникъ при судебно-медицинскомъ изслѣдованіи трупа проф. Оболонскаго. Драгендорфъ, судебно-медицинское открытіе ядовъ, 1875. Спб. Крафтъ-Эбингъ, судебная психопатологія. 1895, Спб. Эсмархъ, первая помощь въ несчастныхъ случаяхъ. 1899, Спб. Сводъ узаконеній и распоряженій правительства по врачебной и санитарной части въ Имперіи. Изд. мед. департамента 1895—1898, Спб.

Госпитальная хирургическая клиника.

Орд. проф. Ил. Ив. Тиховъ.

6 часовъ въ недѣлю.

Занятія въ клиникѣ предполагается вести по слѣдующему плану:

1) Клиническія лекціи, т. е. систематическіе разборы клиническихъ случаевъ, возможно болѣе подробные, происходятся 3 раза въ недѣлю, въ часы росписанія.

2) Краткія демонстраціи больныхъ во время, остающееся отъ вышеуказанныхъ разборовъ.

3) Операціи, производимыя въ присутствіи всего курса или по группамъ слушателей.

4) Пріемы амбулаторныхъ больныхъ въ часы, назначенные по росписанію.

5) Обходы больныхъ будутъ производиться 1 разъ въ недѣлю. Впрочемъ, при отсутствіи еще достаточнаго опыта въ ходѣ занятій въ новомъ помѣщеніи госпит. клиникъ, вопросъ объ обходахъ остается еще не вырѣшеннымъ.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Пособія: Русск. хирургія (изд. Этингера). Lexer, руководство къ частной хирургіи р. пер. Duplay-Reclus—Traité de Cheirny I—IV vol. Bruns-Bergmann-Millolier, Handle d. pract. chir. Bd. I—IV.

Фармакологія.

Прив.-доц. Н. В. Вершининъ.

Осеннее полугодіе.

Вещества, дѣйствующія главнымъ образомъ на нервную и мышечную системы, на сердце и сосуды.

Средства, усиливающія дѣятельность железъ.

Весеннее полугодіе.

Средства, вліяющія на органы пищеваренія; измѣняющія питаніе тканей.

Вещества, дѣйствующія противогнилостно; жаропонижающія; вяжущія.

Средства, вліяющія на паразитовъ кишечника и кожи.

Вещества, дѣйствующія на половые органы; раздражающія кожу.

Свѣдѣнія изъ бальнеологіи.

4 лекціи въ недѣлю: понедѣльникъ 11—12 ч., вторникъ 1—2 ч., четвергъ 12—1 ч., пятница 11—12 ч.

Совѣщательные часы послѣ лекцій.

Учебники: Кравковъ, Основы фармакологіи. Stokvis, Leçons de pharmacothérapie. Schmiedeberg, grundriss der Pharmakologie. 1906. Tappeiner, Lehrbuch der Arzneimittellehre. 1907. Глаксъ, бальнеотерапія. Kisch, климатотерапія.

Фармацевтическая ботаника.

Приватъ-доцентъ П. Н. Крыловъ.

Лекціи и практическія занятія въ обоихъ полугодіяхъ, по 2 ч. въ недѣлю, по субботамъ.

Гистологія растительныхъ лѣкарственныхъ веществъ. Общій обзоръ анатомическаго строенія частей растеній, представляющихъ лѣкарственныя средства. Болѣе детальное изученіе особенностей гистологическаго строенія тѣхъ фармакогностическихъ объектовъ, гдѣ оно имѣетъ значеніе какъ средство для распознаванія близкихъ растительныхъ формъ, являющихся примѣсями, а также предметами фальсификаціи лѣкарственныхъ веществъ. Примѣненіе макро и микро-химическихъ реакцій для качественнаго и отчасти количественнаго опредѣленія нѣкоторыхъ дѣйствующихъ началъ въ данныхъ фармакогностическихъ объектахъ.

Пособія: Тихоміровъ, Курсъ фармакогнозіи. Meyer. Anatomische Werthbestimmung einiger starkwirkender Droguen. Vogl. Anatomischer Atlas zur Pharmacognosie.

Частный курсъ общей патологіи:

Приватъ-доцентъ К. Ф. Дмитріевскій.

Осеннее полугодіе.

Общепатологическое ученіе объ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Общая характеристика заразныхъ началъ и механизмъ ихъ дѣйствія. Ученіе объ интоксикаціяхъ. Историческій очеркъ развитія ученія о contagium vivum. Распространеніе бактерій въ природѣ. Главнѣйшіе представители патогенныхъ бактерій, ихъ морфологическія свойства и біологическія. Способъ зараженія бактеріями. Измѣненія, производимыя бакеріями въ тѣлѣ. Піогенныя бактеріи. Гніеніе. Нагноеніе и гангрена. Асептическія нагноенія. Инфекціи, сопровождаемыя развитіемъ новообразованій. Ученіе объ опухоляхъ. Общее дѣйствіе микробныхъ выдѣленій. Инфекціонныя болѣзни. Краткое ученіе о серотерапіи.

Весеннее полугодіе.

Общепатологическое ученіе объ иммунитетѣ. Регуляторныя и запасныя силы организма. Защитныя приспособленія организма. Понятіе объ

иммунитетѣ, различные виды его. Краткія свѣдѣнія объ иммунитетѣ у одноклѣточныхъ и растеній. Судьба инородныхъ элементовъ въ тѣлѣ животнаго. Гемолизъ. Цитотоксины. Антитоксины и антицитоксины. Фагоцитозъ. Химіотаксисъ. Бактерицидность. Искуственный иммунитетъ. Предохранительныя сыворотки. Пассивный иммунитетъ. Иммунитетъ послѣ перенесенія инфекціонныхъ болѣзней. Критическій разборъ целлюлярныхъ и гумморальныхъ теорій иммунитета.

Лекція въ недѣлю I; совѣщательный часъ послѣ лекціи.

Избранныя главы изъ хирургической діагностики въ зависимости отъ имѣющихся для разбора больныхъ.

Приватъ-доцентъ В. Д. Добромысловъ.

Способы изслѣдованія хирургическихъ больныхъ и наиболѣе важные признаки, обнаруживаемые этими способами.

Поврежденія закрытыя и открытыя. Поврежденія мягкихъ частей, поврежденія костей и суставовъ. Острое малокровіе послѣ кровотеченій, токъ, сотрясеніе. Болѣзни ранъ.

Хирургическія болѣзни мягкихъ частей, костей и суставовъ. Опухоли доброкачественныя и злокачественныя, эпителіальныя и соединительно-тканныя, пороки развитія.

Поврежденія и болѣзни головы: мягкихъ частей, черепа и его содержимаго.

Поврежденія и болѣзни лица.

Поврежденія и заболѣванія шеи и органовъ ея.

Поврежденія и болѣзни грудной клѣтки и органовъ грудной полости —плевры, легкихъ, сердца, его сорочки и органовъ средостѣній.

Поврежденія и заболѣванія брюшной стѣнки и брюшины.

Поврежденія и заболѣванія органовъ брюшной полости: желудка, кишекъ, печени, селезенки, поджелудочной железы и забрюшинныхъ железъ.

Поврежденія и заболѣванія мочевыхъ органовъ: почекъ, мочеточниковъ, мочевого пузыря и уретры.

Поврежденія и заболѣванія половыхъ органовъ мужчины и женщины.

Поврежденія и заболѣванія таза.

Поврежденія и заболѣванія позвоночника.

Поврежденія и заболѣванія мягкихъ частей, костей и суставовъ верхнихъ конечностей.

Поврежденія и заболѣванія мягкихъ частей, костей и суставовъ нижнихъ конечностей.

Обозрѣніе лекцій по нѣмецкому языку 1908–09 акад. года.

I полугодіе.

Для студентовъ младшаго курса.

1) Теорія нѣмецкаго языка. (1 л. въ недѣлю).

2) Практическія занятія по нѣмецкому языку (методъ Берлица). (1 л. въ недѣлю).

Для студентовъ старшаго курса.

1) Чтеніе и пересказъ статей изъ книги Н. Эрделя. (N. Oerdel). „Neue Erzählungen". (С.-Петербургъ 1907). (1 л. въ недѣлю).

Для студентовъ-юристовъ.

Чтеніе изъ „Сборника нѣмецкихъ юридическихъ статей": Н. Глезера. (1 л. въ недѣлю).

II полугодіе.

Продолженіе занятій перваго полугодія.

ПО ЮРИДИЧЕСКОМУ ФАКУЛЬТЕТУ.

Общій обзоръ преподаванія.

1 и 2 семестры.

	Количество часовъ. теор.	практ.	Всего
I. В. Михайловскій.—Энциклопедія права	4	—	4
М. Н. Соболевъ.—Политическая экономія	4	1	5
М. Н. Соболевъ.—Статистика	2	—	2
I. А. Малиновскій.—Исторія русскаго права	4	4	8

3 и 4 семестры.

В. А. Уляницкій.—Государственное право (необязат. параллельный курсъ).	5	—	5
П. А. Прокошевъ.—Церковное право	4	1	5
И. А. Базановъ.—Гражданское право	3	3	6
С. П. Мокринскій.—Уголовное право	6	—	6

5 и 6 семестры.

Н. Я. Новомбергскій.—Полицейское право	4	2	6
Прив.-доц. М. И. Боголѣповъ.—Финансовое право .	4	—	4
И. А. Базановъ.—Гражданское право	3	3	6

7 и 8 семестры.

Н. Н. Розинъ.—Уголовный процессъ	4	—	4
Н. Н. Розинъ.—Гражданскій процессъ	2	—	2
И. А. Базановъ.—Торговое право	2	—	2
В. А. Уляницкій.—Международное право	4	—	4
Н. Я. Новомбергскій.—Полицейское право	4	2	6
I. В. Михайловскій.—Исторія философіи права . . .	2	—	2

Догма римскаго права въ 1908—9 академическомъ году читаться не будетъ.

Преподаваніе по вакантной каѳедрѣ торговаго права поручено профессору Н. Я. Новомбергскому при 2 недѣльныхъ часахъ; преподаваніе гражданскаго процесса профессору Розину при двухъ недѣльныхъ часахъ; исторіи римскаго права профес. И. А. Базанову.

Каѳедра философіи права.

И. д. орд. проф. І. В. Михайловскій.

Осенній и весенній семестры.

Студентамъ I курса:

Общая теорія права. (Энциклопедія права). Вторникъ и суббота отъ 12—2 ч.

Практическія занятія неопредѣленно.

Пособія: Коркуновъ, Общая теорія права. Трубецкой, энциклопедія права. Чичеринъ, Философія права. Ренненкампфъ, Юридическая энциклопедія; Хвостовъ, Общая теорія права. Регальсбергеръ, Общее ученіе о правѣ.

Студентамъ 3-го и 4-го курса.

Исторія философіи права отъ 12—2 ч.

Пособія: Коркуновъ, Исторія философіи права. Трубецкой, Исторія философіи права. Чичеринъ, Политическіе мыслители древняго и новаго міра. Новгородцевъ. Исторія философіи права. Шершеневичъ. Исторія философіи права.

Каѳедра политич. экономіи и статистики.

И. д. орд. проф. М. Н. Соболевъ.

Осен. и вес. сем.

Студентамъ I группы:

Политическая экономія, вторникъ 10—12 ч., среда 10—12 ч. Статистика, четвергъ 10—12 ч.

Практическія занятія, понедѣльникъ 1—2 ч. дня.

Совѣщательные часы, пятница 6—7 ч. веч.

Пособія: Исаевъ. Начал. политич. эконом. Чупровъ. Политич. экономія. Желѣзновъ. Очерки политич. экономіи. Богдановъ. Основн. начала политич. экономіи. Милль. Основ. политич. эконом. Янсонъ. Теорія статист. Чупровъ. Теорія статист. Воблый. Теорія статист. Майръ. Статистика и обществовѣдѣніе.

Каѳедра исторіи русскаго права.

И. д. орд. проф. І. А. Малиновскій.

Осенній семестръ.

Исторія русскаго права: а) Внѣшняя исторія права, б) Исторія Государственнаго права, понедѣльникъ, среда, четвергъ и пятница, 12—2 ч. дня.

Весенній семестръ.

Исторія уголовнаго права и исторія гражданскаго права—въ тѣ же дни и часы.

Пособія: Владимірскій-Будановъ. Обзоръ исторіи рус. права. Его же. Христоматія по исторіи рус. пр. 3 вып. Сергѣевичъ. Лекціи и изслѣдованія по древней исторіи рус. пр. Его же. Русскія юридическія древности. Латкинъ. Учебникъ исторіи русскаго права, періода исторіи. Его же. Лекціи по внѣшней исторіи рус. пр. Ясинскій. Лекціи по внѣшней исторіи рус. права. Малиновскій. Лекціи по исторіи рус. пр. (литограф. курсъ) 3 выпуска.

Каѳедра государственнаго права.

Орд. проф. В. А. Уляницкій.

Осенній семестръ.

Студентамъ II курса:

Государственное право, понедѣльникъ 12—1 ч., среда 2 ч., пятница 2 ч.

Практическія занятія—неопредѣленно.

Пособія: Лазаревскій, Русское государственное право, 1908. Ивановскій, Учебникъ государственнаго права, 1908. Еллинекъ, Право современнаго государства 1903. Эсменъ, Основныя начала госуд. права, под. ред. Ковалевскаго 1898—99, 2 ч.

Весенній семестръ.

Русское государственное право, въ тѣ же дни и часы.

Каѳедра церковнаго права.

И. д. орд. проф. П. А. Прокошевъ.

Осенній семестръ.

Студентамъ II курса:

Церковное право, введеніе въ науку. Ученіе объ источникахъ церковнаго права, ученіе о церковной правоспособности и составѣ церковнаго общества.—Четвергъ и суббота, 12—2 ч.

Практическія занятія въ пятницу 11—12 ч. въ VI аудиторіи. Чтеніе лекцій тамъ же.

Совѣщательные часы—послѣ лекцій въ кабинетѣ г. Декана факультета.

Пособія: Суворовъ. Курсъ церковнаго права, 1 и 2 т. Суворовъ, Учебникъ церковнаго права. Павловъ. Курсъ церковнаго права. Бердниковъ, Курсъ церков. права и дополн. къ нему. Walter. Lehrbuch d. Kirchenrechts aller christich. Confessionen. Hinschius. System d. kathol. Kirchen rechts B. I—VI. Friedb. Lehrcuch d. Kathol. und evanqel. Kirchenrechts Gruss. Lehrbuch d. Kathol. K. R—s.

Весенній семестръ.

Ученіе о важнѣйшихъ функціяхъ церковно-правительственной власти: законодательство, управленіе и судъ. Брачное право. Имущественное право. Отношеніе между церковію и государствомъ.

Въ тѣ же дни и часы.

Каѳедра гражданскаго права.

И. д. орд. проф. Ив. А. Базановъ.

Осенній семестръ.

Студентамъ 2 и 3 курса:

Гражданское право, (Общая часть и вещное право). Понедѣльникъ и вторникъ, 10—12 ч.

Практическія занятія въ среду, 10—12 ч., въ VI аудиторіи, чтеніе лекцій—тамъ же.

Совѣщательные часы—послѣ лекцій.

Пособія: Мейеръ, Русское гражданское право. Побѣдоносцевъ, Курсъ русскаго гражд. права. Шершеневичъ, Учебникъ гражданскаго права. Дювернуа, Лекціи по гражд. праву. Законы гражданскіе, изд. Гаугера. Bürgerliches Gezetzluch des deutchen Beiches. Dernburg Handbuch des bürgelichen Rechts des deutschen Reiches uud Prusseus. Code civil. Bandry—Lacantinerie, Précis du droit civil.

Весенній семестръ.

Гражданское право. (Обязательственное, семейное, наслѣдственное) въ тѣ же дни и часы.

Каѳедра уголовнаго права.

Орд. пр. С. П. Мокринскій.

Осенній и весенній семестры.

Студентамъ 2-го курса.

Уголовное право. Понедѣльникъ, среда и пятница, 12 до 2 ч. Чтеніе лекцій въ VI аудиторіи.

Пособія. Таганцевъ. Русское уголовное право. Ч. общая. Т. I—II; изд. 2-е, 1902, Сергѣевскій. Русское уголовное право. Ч. общая. Изд. 6-е. 1905. Фойницкій. Курсъ уголовнаго права. Ч. особен. Изд. 5-е. 1907. Листъ. Учебникъ уголовнаго права. Ч общая. Пер. Ельяшевичъ. 1903. Мокринскій. Наказаніе, его цѣли и предположенія. Ч.I—III. 1902—1905.

Каѳедра полицейскаго права.

И. д. орд. проф. Н. Я. Новомбергскій.

Осенній семестръ.

Студентамъ 3-го курса:

Общая часть полицейскаго права. Понедѣльникъ и вторникъ отъ 10 до 12 ч.

Практическія занятія въ субботу отъ 8 до 10 ч. въ юридическомъ кабинетѣ.

Чтеніе лекцій въ IV аудиторіи.

Совѣщательные часы—послѣ лекцій.

Пособія. Дерюжинскій. Полицейское право, 1908 г., изд. 2-ое. Ивановскій. Учебникъ административнаго права, 1908 г., изд. 2-ое.

Весенній семестръ.

Спеціальная часть полицейскаго права.

Каѳедра гражданскаго судопроизводства.

И. д. орд. проф. Н. Н. Розинъ.

Осенній и весенній семестры.

Студентамъ 4-го курса:

Гражданское судопроизводство. Среда и пятница 11—12 ч. Чтеніе лекцій въ IV аудиторіи.

Совѣщательные часы—послѣ лекцій.

Пособія: Гольмстенъ, Учебникъ русск. гражданскаго судопроизводства. Энгельманъ, Учебникъ русск. гражданскаго судопроизводства. Малышевъ. Курсъ гражданскаго судопроизводства. Вербловскій. Движеніе русск. гражд. процесса.

Каѳедра уголовнаго судопроизводства.

И. д. орд. проф. Н. Н. Розинъ.

Осенній и весенній семестры.

Студентамъ 4-го курса:

Уголовное судопроизводство. Вторникъ и суббота 12—2 ч.

Чтеніе лекцій въ IV аудиторіи.

Совѣщательные часы—послѣ 2-хъ часовъ.

Пособія: Фойницкій. Курсъ уголовнаго судопроизводства, т. I, II. Случевскій. Учебникъ уголовнаго процесса. Духовской. Уголовный процессъ. Другія пособія будутъ указаны при чтеніи лекцій.

Каѳедра международнаго права.

Орд. проф. В. А. Уляницкій.

Осенній семестръ.

Студентамъ 4-го курса.

Международное право, часть общая. Понедѣльникъ 11—12 ч., среда 12—1 ч., суббота 2 ч.

Совѣщательные часы—послѣ лекцій.

Пособія: Листъ. Международное право, Уляницкій. Курсъ международ. права.

Весенній семестръ.

Международное право, часть особенная, въ тѣ-же дни и часы.

Богословіе.

Профессоръ Протоіерей I. Я. Галаховъ.

Осенне полугодіе (съ 1 ноября).

Студентамъ перваго семестра медицинскаго и юридическаго факультетовъ при двухъ недѣльныхъ часахъ по средамъ и пятницамъ прочитано общее ученіе о религіи, ея всеобщности и необходимости, сущности и происхожденіи. Прочитана краткая исторія древнихъ религій Ассиро-Вавилонской, Египетской, Китайской, Индійской (Браминизмъ и Буддизмъ). Объ отношеніи ихъ къ религіи Іудейской—Богооткровенной.

Пособія и руководства. Арх. Хрисанѳа. «Религіи древняго міра». 1875 г. въ 3 томахъ. Проф. С. Глаголева „Изъ чтеній о религіи." 1905 г. Несмѣловъ „Наука о человѣкѣ" 1—11 т. 1907 г. Казань.

Весеннее полугодіе.

При двухъ недѣльныхъ часахъ студентамъ II семестра медицинскаго и юридическаго факультетовъ будетъ прочитана исторія религій Зороастра, Греческой и Римской. Общія черты въ естественныхъ религіяхъ. Сравненіе ихъ съ религіей Богооткровенной. Ветхій и Новый Завѣтъ. Изложеніе главныхъ библейскихъ истинъ о происхожденіи міра и человѣка. Главнѣйшіе христіанскіе догматы. Разборъ новѣйшихъ возраженій Ренана противъ Божественности Іисуса Христа.

Пособія и руководства. Тѣже и кромѣ того: Богословскаго. Священ. Исторія Ветх. и Новаго Завѣта". Лопухина. „Библія при свѣтѣ новѣйшихъ изслѣдованій и изысканій". Свѣтловъ. „Курсъ апологетическаго богословія." 1900 г. Кіевъ.

МАТЕРІАЛЫ

по вопросу о присутствіи и мѣстерасположеніи нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца нѣкоторыхъ млекопитающихъ.

И. А. Валединскаго.

Въ виду того важнаго значенія, какое имѣетъ сердце для жизни цѣлаго организма, какъ центральный органъ кровообращенія, съ біеніемъ котораго недаромъ связываютъ понятіе жизни, а съ остановкой его—смерть, весьма понятно, почему вопросъ о присутствіи и мѣсторасположеніи заложенныхъ въ сердцѣ нервныхъ узловъ, которымъ приписываютъ большое и разностороннее вліяніе на его дѣятельность, какъ-бы она не объяснялась—нейрогенной или міогенной теоріей, съ давнихъ поръ и доселѣ привлекаетъ къ себѣ вниманіе многихъ изслѣдователей.

Въ настоящее время указанный вопросъ болѣе или менѣе обстоятельно изученъ по отношенію къ сердцу лягушки. У послѣдней опредѣлены слѣдующія мѣста въ ея сердцѣ, гдѣ постоянно находятся группы нервныхъ клѣтокъ: 1) граница венозной пазухи съ предсердіями (нервный узелъ Remak'a); 2) перегородка предсердій (узлы Ludwig'a); 3) граница предсердій съ желудочкомъ (узлы Bidder'a) и, наконецъ, 4) желудочекъ (ganglia ventricularia Dogiel'я, впервые описанные И. М. Догелемъ и подтвержденные А. Е. Смирновымъ, давшимъ имъ указанное названіе).

Въ области предсердій сердца млекопитающихъ и человѣка присутствіе нервныхъ узловъ также прочно установлено, хотя о мѣсторасположеніи ихъ здѣсь единогласнаго мнѣнія не существуетъ.

Что касается вопроса о присутствіи и мѣсторасположеніи нервныхъ узловъ *въ желудочкахъ* сердца млекопитающихъ и человѣка, то современное состояніе его будетъ видно изъ нижеприводимой литературы. Причемъ приводятся только тѣ литературныя данныя, которыя имѣютъ прямое отношеніе къ этому вопросу.

1.

ОБЗОРЪ ЛИТЕРАТУРЫ.

Въ 1844 г. R. Remak [1]) первый указалъ на присутствіе нервныхъ узловъ въ сердцѣ вообще и въ частности въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ. На приложенномъ къ своей работѣ рисункѣ онъ представилъ сердце теленка съ частью поверхностныхъ и глубокихъ нервовъ, чтобы ясно показать присутствіе въ этихъ нервахъ маленькихъ гангліевъ. Послѣдніе, по его утвержденію, могутъ быть видимы даже простымъ глазомъ при нѣсколько трудной препаровкѣ. Большая-же часть гангліевъ, недоступныхъ для невооруженнаго глаза, находится на протяженіи тончайшихъ развѣтвленій нервовъ въ самомъ мышечномъ веществѣ сердца. О распредѣленіи гангліевъ по отдѣламъ сердца Remak ничего не говоритъ. На его рисункѣ нервы съ прилегающими къ нимъ гангліями въ видѣ мелкихъ зерноподобныхъ образованій изображены частично—не на всей поверхности сердца—и идутъ они не ниже верхней трети поверхности и перегородки желудочковъ.

R. Lee [2]) (18⁴⁸/49) описалъ и изобразилъ на рисункѣ нервы сердца ребенка, теленка и нервы сильно гипертрофированнаго сердца взрослаго человѣка. Нервы, лежащіе поверхностно и въ мышечномъ веществѣ сердца, на своемъ пути снабжены, по его мнѣнію, въ громадномъ обиліи нервными узлами въ видѣ утолщеній.

Cloetta [3]) (1852), изслѣдовавшій микроскопически описанныя Lee утолщенія, не нашелъ въ нихъ нервныхъ клѣтокъ и истолковалъ ихъ какъ утолщенія соединительнотканной оболочки нервныхъ стволовъ на мѣстахъ перекреста ихъ съ кровеносными сосудами или отхожденія отъ нихъ боковыхъ нервныхъ вѣтвей. Подобное-же мнѣніе объ утолщеніяхъ Lee высказали и нѣкоторые позднѣйшіе изслѣдователи (Kölliker, Догель, Vignal).

Kölliker [4]) (1865) въ первомъ изданіи своего учебника гистологіи, сказавъ, что „ганглія сердца находятся не только въ различныхъ мѣстахъ въ plexus cardiacus, но, какъ это доказалъ Remak для теленка, и въ мышечномъ веществѣ желудочковъ и предсердій“, далѣе отъ себя прибавляетъ, „что это-же относится къ человѣку и другимъ животнымъ“.

Schklarewsky [5]) (1872) нашелъ, что болѣе крупные нервные узлы сердца многихъ млекопитающихъ и птицъ образуютъ посредствомъ соединяющихъ ихъ нервныхъ волоконъ два почти замкнутыя цѣпеобразныя кольца. Одно—лежитъ соотвѣтственно наружной периферіи перегородки между предсердіями, приблизительно перпендикулярно основанію сердца. Другое—располагается между предсердіями и желудочками въ такъ называемой атріовентрикулярной бороздѣ и такимъ образомъ подъ прямымъ угломъ къ первому кольцу. Нервные узлы лежатъ большею частью довольно поверхностно подъ висцеральнымъ листкомъ перикарда. Отъ ганглiозныхъ колецъ, сѣтеобразно переплетаясь, отходятъ въ мускулатуру предсердій и желудочковъ тонкія нервныя вѣточки, на протяженіи которыхъ встрѣчаются маленькіе ганглии и одиночныя нервныя клѣтки. Наиболѣе значительныя изъ вѣточекъ спускаются спереди и сзади по стѣнкѣ желудочковъ.

Schweigger—Seidel [6]) (1873) очень кратко замѣчаетъ, что „нервы сердца млекопитающихъ находятся въ связи съ гангліозными клѣтками, которыя лежатъ группами на наружной сторонѣ нервныхъ стволовъ или иногда образуютъ самостоятельные маленькіе ганглии, соединяющіеся съ нервомъ посредствомъ стволика; болѣе значительныхъ скученій клѣтокъ не бываетъ“. Среди мускулатуры найти нервные узлы ему не удалось.

Скворцовъ [7]) (1874) подобно Schweigger-Seidel'ю, не находя среди мышечной ткани сердца изслѣдованныхъ имъ животныхъ (телятъ, кошекъ, собакъ, кроликовъ) никакихъ нервныхъ клѣтокъ, относительно поверхности сердца говоритъ, что лежащій по бороздамъ жиръ представляетъ подстилку для разнаго рода нервныхъ образованій. Почти въ каждомъ, взятомъ для изслѣдованія, кускѣ его можно встрѣтить и нервные пучки, и разсѣянные нервные узелки, окруженные одной общей соединительно-тканной, обильной ядрами, оболочкой. Большой узелъ или собственно скопленіе узелковъ и большое количество разбросанныхъ узловыхъ клѣтокъ находится въ перегородкѣ предсердій, гдѣ они большею частью затканы въ жиръ и особенно скучиваются близъ ея краевъ. Большое количество узловыхъ образованій разнаго рода находится въ той ткани, которая окружаетъ артерійныя устья, особенно со стороны предсердій. Встрѣчаются узлы и отдѣльныя клѣточки и прямо подъ экзокардомъ на поверхности сердца, особенно на лѣвомъ предсердіи, гдѣ у одной кошки авторъ насчи-

талъ простымъ глазомъ до 7-ми разбросанныхъ на поверхности узелковъ.

Ивановскій [8]) (1876) не находилъ нервныхъ узловъ въ сердцѣ человѣка ни около начала аорты, ни въ поперечной бороздѣ и указываетъ, что они помѣщаются исключительно въ перегородкѣ предсердій надъ мышечнымъ кольцомъ, окружающимъ fossa ovalis, въ призматическомъ пространствѣ, образуемомъ расхожденіемъ мышечныхъ пучковъ праваго и лѣваго предсердій и выполненномъ рыхлой жировой клѣтчаткой. Этотъ промежутокъ въ продольномъ разрѣзѣ перегородки представляется въ видѣ треугольника, вершиною обращеннаго къ fossa ovalis, а основаніемъ вверхъ; боковыя стороны его образуютъ расходящіеся мышечные пучки обоихъ предсердій, а основаніемъ служитъ перикардій, одѣвающій сверху предсердіе. Узлы лежатъ здѣсь вмѣстѣ со связанными съ ними нервными стволиками въ богатой сосудами жирной клѣтчаткѣ и совершенно не видны для простого глаза. Подобный-же пирамидальный промежутокъ, нѣсколько меньшей величины, лежитъ и въ нижней части перегородки, между предсердіями надъ мѣстомъ перекреста ея съ поперечной бороздою. Узловъ здѣсь значительно меньше.

Коплевскій [9]) (1881) и нѣкоторые другіе русскіе врачи (Вѣтвинскій [10]), Кузнецовъ [11]), Стоммъ [12]), Кацовскій [13]), Коносевичъ [14]), Бутыркинъ [15]) при патологоанатомическомъ изслѣдованіи нервныхъ узловъ сердца человѣка для отысканія ихъ пользовались вышеизложенными указаніями Ивановскаго и нижеприводимыми указаніями Виноградова.

Wignal [16]) (1881), написавшій довольно большое гистофизіологическое изслѣдованіе о нервноганглiозномъ аппаратѣ сердца различныхъ позвоночныхъ, относительно присутствія и мѣсторасположенія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ (кролика, собаки, кошки, барана, морской свинки, обезьяны и человѣка) говоритъ, что въ верхней трети желудочковъ, помимо описанныхъ Remak'омъ поверхностныхъ ганглiевъ, преимущественно на тонкихъ вѣтвяхъ нервнаго сплетенія встрѣчается значительное количество другихъ болѣе мелкихъ ганглiевъ, которые становятся менѣе обильными по мѣрѣ приближенія къ верхушкѣ сердца и исчезаютъ почти совершенно въ началѣ второй трети желудочковъ. Нервы большихъ сосудовъ содержатъ ганглiи во всей верхней половинѣ желудочковъ. У обезь-

яны и человѣка—узлы, хотя и не велики, какъ у кролика и барана, но ихъ очень много

Openchowski [17]) (1883), въ работѣ о нервныхъ окончаніяхъ въ сердцѣ, между прочимъ дѣлаетъ слѣдующее краткое замѣчаніе: на границѣ предсердій и желудочковъ здѣсь и тамъ находятся ганглiозныя клѣтки съ отростками, которые вступаютъ въ желудочекъ. Въ трехъ нижнихъ четвертяхъ желудочка онъ не могъ наблюдать ганглiозныхъ клѣтокъ.

Виноградовъ [18]) (1884), производя патологоанатомическое изслѣдованіе нервныхъ узловъ сердца человѣка и животныхъ, умершихъ отъ хлороформа, сдѣлалъ слѣдующія указанія относительно мѣстоположенія узловъ: „область нервныхъ узловъ снаружи сердца представляется въ видѣ желтой полоски, болѣе замѣтной у жирныхъ субъектовъ, идущей по верхней и задней сторонамъ его, на границѣ между предсердіями, слѣва отъ верхней полой вены и оканчивающейся на задней поперечной бороздѣ. Здѣсь нервные узлы въ видѣ очень маленькихъ бѣловатыхъ точекъ разсѣяны среди жирной подсывороточной ткани то ближе къ околосердію, то глубже и отчасти между мышечными волокнами перегородки“.

Aronson [19]) (1886) различаетъ ганглiозныя симпатическія клѣтки, которыя существуютъ въ сердцѣ кролика на предсердіяхъ и ихъ перегородкѣ, и еще гангліи, состоящіе изъ клѣтокъ, принадлежащихъ другой нервной системѣ на желудочкахъ, ихъ перегородкѣ и атріовентрикулярной границѣ.

Eisenlohr [20]) (1886) находилъ нервные узлы въ сердцѣ человѣка главнымъ образомъ въ перегородкѣ предсердій въ призматическомъ пространствѣ впереди окружающей fossam ovalem мускулатуры и въ меньшемъ количествѣ на границѣ между предсердіями и желудочками.

Каземъ-Бекъ [21]) (1887) своими изслѣдованіями сердца теленка, овцы, собаки и поросенка показалъ, что нервныя клѣтки встрѣчаются на значительномъ разстояніи отъ основанія желудочковъ: между прочимъ въ сердцѣ овцы онъ находилъ гангліи вдоль передней продольной борозды на разстояніи 35 m.m. По ходу задней продольной борозды попадаются группы нервныхъ клѣтокъ въ разстояніи 20—25 m.m. и отдѣльныя нервныя клѣтки на лѣвомъ желудочкѣ вдоль нервовъ на разстояніи 50 m.m. отъ основанія желудочка. Вся же длина сердца овцы отъ основанія

желудочковъ до верхушки равнялась 75 m.m. Изъ всѣхъ изслѣдованныхъ имъ млекопитающихъ наибольшее количество нервныхъ клѣтокъ находится на поверхности сердца поросенка, затѣмъ у овцы, теленка и меньше всего у собаки.

Ott[22]) (1888), задавшись цѣлью съ помощью послойныхъ срѣзовъ (300) пятимѣсячнаго человѣческаго зародыша изучить детально топографію сердечныхъ нервныхъ узловъ человѣка, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ; въ желудочкахъ нѣтъ нервныхъ узловъ; впервые они появляются на атріовентрикулярной границѣ, особенно въ окружности аорты и легочной артеріи на высотѣ полулунныхъ клапановъ; отсюда кверху, достигая предсердія больше вправо, чѣмъ влѣво, они становятся многочисленнѣе, группы ихъ значительнѣе; больше всего ихъ въ septum atriorum, тамъ, гдѣ septum всего толще, но и въ окружности предсердія встрѣчаются нервы съ находящимися между ними гангліями; кромѣ того гангліи находятся не только въ подъэпикардіальной ткани, но также и въ мускулатурѣ, особенно въ перегородкѣ предсердій.

Weinrich[23]) (1888) изъ своихъ изслѣдованій о нервахъ и нервныхъ клѣткахъ сердца человѣка, мыши и крота заключаетъ, что нервныя клѣтки, образуя узлы, находятся при v. ascendens, въ перегородкѣ желудочковъ*), на границѣ предсердій и желудочковъ и въ желудочкахъ.

Krehl и Romberg[24]) (1892) въ экспериментальномъ изслѣдованіи „О значеніи сердечнаго мускула и сердечныхъ гангліевъ для дѣятельности сердца млекопитающихъ", въ главѣ объ анатомическомъ положеніи гангліевъ сердца кролика, указываютъ, что они находятся въ ограниченной области стѣнки предсердій которую авторы обозначаютъ какъ Ganglienfeld. Это ганглiозное поле распространяется направо до впаденія въ сердце полыхъ венъ, которыя почти вполнѣ имъ охватываются, налѣво—до впаденія лѣвыхъ легочныхъ венъ, впереди—до того мѣста, гдѣ перикардій переходитъ чрезъ sinus transversus cordis, назадъ—почти до атріовентрикулярной борозды. Ганглiи лежатъ въ рыхлой соединительной ткани перикарда, но никогда въ массѣ мускулатуры. Желудочки, а особенно ихъ перегородка, часть предсердій,

*) Вмѣсто слова „желудочковъ" по всей вѣроятности надо предполагать слово „предсердій".

которая лежитъ внѣ загиба перикарда, а также ушки сердца свободны отъ гангліевъ.

His jung [25]) (1893) на основаніи изслѣдованія объ эмбріональномъ развитіи нервной системы сердца позвоночныхъ и между прочимъ кошки и человѣка устанавливаетъ, что сердечные гангліи происходятъ чрезъ передвиженіе къ сердцу по сосудамъ спинальныхъ и симпатическихъ гангліозныхъ клѣтокъ, которыя, встрѣчая на своемъ пути препятствія, останавливаются и образуютъ скопленія. Такими мѣстами препятствій являются атріовентрикулярная борозда, раздвоеніе аорты и загибъ перикарда. Хотя нервные стволики спускаются и на желудочки, сопровождая вѣнечные сосуды, но они лишены узловъ.

Berkley [26]) (1894) въ разныхъ мѣстахъ мускульной стѣнки желудочковъ сердца мыши находилъ отдѣльныя нервныя клѣтки, но въ скудномъ количествѣ. Въ одномъ случаѣ онъ видѣлъ три нервныя клѣтки на разстояніи не болѣе 200 микро отъ верхушки лѣваго желудочка. Кромѣ того авторъ описалъ особенныя образованія, напоминающія клѣтки и которыя онъ наблюдалъ на рядѣ срѣзовъ изъ ограниченной области вблизи края лѣваго желудочка сердца canis terrarius. Принадлежатъ-ли эти клѣтки къ несомнѣнно нервнымъ или нѣтъ,—авторъ не высказывается опредѣленно.

P. Jacques [27]) (1894) въ довольно обстоятельной работѣ о нервахъ сердца лягушки и млекопитающихъ, описавъ сначала ходъ нервовъ сердца млекопитающихъ и образуемыя нервами сплетенія на предсердіяхъ и желудочкахъ, дальше продолжаетъ, что къ подперикардіальному сплетенію нервовъ присоединяются многочисленныя маленькіе гангліи, преимущественно въ атріовентрикулярной и интераврикулярной (между предсердіями) бороздахъ, также на предсердіяхъ и въ верхней трети желудочковъ. Иногда гангліи видны, но въ гораздо меньшемъ количествѣ на всей верхней половинѣ желудочка и даже въ 2-хъ верхнихъ третяхъ желудочковъ вблизи сосудовъ продольной борозды. Гангліи располагаются въ сосѣдствѣ нервовъ и представляются въ видѣ маленькихъ точкообразныхъ утолщеній, сильно окрашенныхъ метиленовой синью въ темно-синій цвѣтъ и видимыхъ простымъ глазомъ. Иногда встрѣчаются изолированныя нервныя клѣтки, погруженныя въ толщу нерва. По поводу присутствія нервныхъ клѣтокъ—въ міокардѣ авторъ выражается такъ, что тамъ и сямъ въ

предсердіи и желудочкахъ встрѣчаются образованія, аналогичныя клѣточнымъ тѣламъ, находящіяся въ кажущейся или дѣйствительной связи съ нервными волокнами и даютъ впечатлѣніе маленькихъ нервныхъ клѣтокъ, но онъ ни въ одномъ случаѣ не наблюдалъ внутри сердечной мышцы клѣтокъ, которыя можно было-бы сравнить по ихъ величинѣ, формѣ и расположенію съ гангліозными элементами поверхности.

А. Е. Смирновъ [28]) (1895) въ работѣ „О чувствительныхъ нервныхъ окончаніяхъ въ сердцѣ амфибій и млекопитающихъ" отмѣчаетъ, что на протяженіи адвентиціальныхъ нервныхъ стволиковъ вѣнечныхъ артерій тамъ и сямъ встрѣчаются нервныя клѣтки, лежащія то одиночно, то небольшими группами изъ 2—4—6 клѣтокъ, рѣдко болѣе.

И. М. Догель [29]) много и давно работающій по вопросу о нервныхъ узлахъ сердца различныхъ животныхъ, въ 1895 г. выпустилъ обширную монографію: „Сравнительная анатомія, физіологія и фармакологія сердца". Изъ нея я приведу только то, что касается нервныхъ узловъ сердца человѣка и млекопитающихъ и что изложено авторомъ на основаніи собственныхъ изслѣдованій. Такъ, относительно нервныхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ сердцѣ человѣка, Догель говоритъ, что на мѣстѣ впаденія полыхъ венъ, на границѣ предсердій съ желудочками, въ верхней $^1/_3$ послѣднихъ, на предсердіяхъ и перегородкѣ ихъ, а также и на ушкахъ имѣются нервные узлы и отдѣльныя нервныя клѣтки, которыя при обработкѣ $^1/_2$—$1^0/_0$ растворомъ уксусной кислоты, можно наблюдать невооруженнымъ глазомъ и помощью микроскопа, пользуясь различными методами изслѣдованія. Далѣе, по Догелю, на наружной поверхности сердца собаки, вблизи впаденія восходящей полой вены, спускается съ предсердій на желудочекъ пучекъ нервовъ (фиг. 105); на этомъ переходѣ названнаго нервнаго пучка замѣчаются разсѣянные нервные узелки, преимущественно у впаденія полой восходящей вены и на границѣ предсердій съ желудочками. Далѣе нервные узлы сердца собаки встрѣчаются у нисходящей вены (фиг. 106) и на поверхности праваго ушка (фиг. 107). Затѣмъ на протяженіи отъ начала аорты до легочной вены (фиг. 108) имѣется новая группа нервныхъ узловъ. Эту группу легче можно видѣть, если предварительно разрѣзать дугу аорты и легочную вену и концы ихъ отвести въ сторону. Приведенныя изображенія показываютъ, что нервные узлы сердца со-

баки расположены преимущественно въ видѣ кольца около большихъ кровеносныхъ сосудовъ, на границѣ предсердій съ желудочками, а также ниже этой границы—на желудочкахъ. Узлы лежатъ поверхностно подъ эпителіемъ эпикардія между жировою тканью и мышцами. Группы нервныхъ узловъ особенно рѣзко становятся замѣтными для невооруженнаго глаза въ видѣ бѣловатыхъ точекъ разной величины, если сердце собаки, тотчасъ послѣ вырѣзыванія погрузить на непродолжительное время въ $^1/_2{}^0/_0$ растворъ уксусной кислоты, или въ $1-5^0/_0$ водный растворъ фенола; въ первомъ случаѣ соединительная ткань и эпителій набухаютъ и просвѣтляются, а подлежащія части становятся болѣе замѣтными; при погруженіи-же въ растворъ фенола—уплотняются нервы и нервныя клѣтки, вслѣдствіе чего контуръ ихъ становится болѣе рѣзкимъ даже тогда, когда отъ продолжительнаго дѣйствія $^1/_2{}^0/_0$ раствора уксусной кислоты нервные элементы стали мало замѣтными". Въ заключеніе анатоміи нервнаго аппарата сердца человѣка и млекопитающихъ животныхъ (собаки, кошки, кролика, крысы, овцы, теленка и поросенка) Догель замѣчаетъ, что „ходъ и распредѣленіе нервовъ и нервныхъ клѣтокъ имѣютъ между собою много общаго. Разница состоитъ въ присутствіи большаго или меньшаго числа нервныхъ узловъ, ихъ формѣ и величинѣ, въ нѣкоторомъ разнообразіи распредѣленія нервныхъ клѣтокъ на самомъ сердцѣ".

Натансонъ [30]) (1896) такъ-же, какъ и вышеуказанные русскіе врачи, при патологоанатомическомъ изслѣдованіи нервныхъ узловъ сердца человѣка при возвратной горячкѣ, для отысканія узловъ руководствовался топографическими указаніями Ивановскаго и Виноградова, но кромѣ того онъ провѣрялъ работу Ott'а, который, сдѣлавъ 300 послѣдовательныхъ срѣзовъ зародышеваго сердца въ $2^1/_2$ с. длиной, получилъ каждый срѣзъ толщиною въ 83 микрона. По этому поводу Натансонъ говоритъ: понятно, что для опредѣленія присутствія узловъ большихъ размѣровъ и даже среднихъ размѣровъ эта толщина срѣзовъ могла еще быть допустима. Но какимъ образомъ проф. Ott опредѣлялъ узелъ, если послѣдній былъ малъ, особенно если онъ содержалъ въ себѣ только всего 2—3 клѣтки? Само собой разумѣется, что при такой толщинѣ срѣзовъ (83 микрона) клѣтки совершенно не были видимы; да и узлы нѣкоторые, особенно малые, едва ли могли быть различимы. Въ виду этихъ соображеній Натансонъ и рѣ-

шился повторить работу Ott'a. Онъ дѣлалъ послойные срѣзы сердца 18-ти недѣльнаго человѣческаго зародыша, длина сердца котораго равнялась 1,9 сант. Срѣзы начаты были имъ съ верхушки сердца по 15 микро толщиною. При этомъ, оставивъ одинъ срѣзъ, онъ пренебрегалъ тремя послѣдовательными и сохранялъ одинъ чрезъ третій, или, что все равно,—каждый послѣдующій срѣзъ толщиною въ 45 микроновъ онъ выбрасывалъ. Такъ онъ поступалъ, пока дошелъ до 183 срѣза по 15 микроновъ. Далѣе, съ № 184 ему пришлось дѣлать срѣзы толщиною въ 30 микроновъ, которые тоже сохранялъ не всѣ, а чрезъ одинъ выкидывалъ. Съ № 234 дѣлалъ еще болѣе толстые срѣзы по 60 микроновъ и такимъ образомъ поступалъ вплоть до 313 срѣза. Такимъ образомъ все сердце, имѣвшее длину 1,9 сант., было разрѣзано на 911 частей. Изъ нихъ было выброшено, по словамъ автора, безъ ущерба для данной цѣли 2/3 срѣзовъ, а оставлена одна треть, именно 313 съ небольшою толщиною, благодаря чему можно было будто-бы легко оріентироваться въ вопросѣ, имѣются-ли узлы въ сердечной мышцѣ или нѣтъ. На основаніи имѣвшихся послѣдовательныхъ срѣзовъ Натансонъ заявляетъ, что въ сердечной мышцѣ узловъ не имѣется. Но они начинаютъ появляться въ бороздахъ и, по мѣрѣ того, какъ послѣднія (считая съ верхушки) расширяются, узлы увеличиваются, какъ по количеству, такъ и по размѣрамъ своимъ. Такъ, около 80 срѣза можно видѣть узлы въ достаточномъ количествѣ и значительныхъ размѣровъ, располагающіеся рядомъ съ сосудами въ бороздахъ, при этомъ прежде всего они появляются въ задней продольной бороздѣ, а затѣмъ (съ № 130) они появляются и въ передней бороздѣ. Далѣе они появляются въ поперечной бороздѣ. Наконецъ наибольшее число ихъ находится въ перегородкѣ предсердій и при этомъ въ задней части ея ихъ гораздо болѣе, чѣхъ въ передней.

Шмидтъ [31]) (1897), указавши на согласующіяся наблюденія Догеля, Vignal'я, отчасти Ивановскаго, Eisenlohr'a и Jacques'a, что сердечные гангліи млекопитающихъ, равно какъ и человѣка распредѣлены на предсердіяхъ и на верхней трети желудочковъ преимущественно по близости бороздъ, на основаніи своихъ послѣдовательныхъ срѣзовъ чрезъ сердца мышей и новорожденнаго кролика, уплотненныхъ и окрашенныхъ обычнымъ способомъ, вполнѣ подтверждаетъ наблюденія приведенныхъ имъ авторовъ. Кромѣ того, многочисленныя тщательныя наблюденія автора при-

вели его къ заключенію, что въ толщѣ міокардія желудочковъ заложены въ небольшомъ числѣ нервныя клѣтки, которыя онъ видѣлъ по преимуществу въ верхней трети желудочковъ, ближе къ верхушкѣ клѣтки попадаются значительно рѣже.

Шварцъ[32]) (1898) спеціально занимался вопросомъ о положеніи гангліозныхъ клѣтокъ въ сердцѣ млекопитающихъ. По его заключенію, нервныя клѣтки, образуя 4—5 большихъ группъ, встрѣчаются въ сердцѣ крысъ только въ ограниченной области задней стѣнки предсердія болѣе влѣво, чѣмъ вправо отъ перегородки предсердій. Эта область ограничена по сторонамъ задними концами сердечныхъ ушковъ и снизу поперечной бороздой, гдѣ залегаютъ самые нижніе гангліи. Гангліи всегда лежатъ подъ висцеральнымъ мѣшкомъ перикарда, между нимъ и міокардомъ. Кромѣ гангліозныхъ клѣтокъ, говоритъ Шварцъ, на поверхности сердца можно видѣть очень большія, но въ измѣнчивомъ числѣ клѣтки, которыя сопровождаютъ нервы и сосуды и которыя то одиночны, то встрѣчаются небольшими группами. Эти клѣтки, которыя авторъ обозначаетъ какъ „granulirte Herzzellen" и приравниваетъ ихъ къ „Mastzellen" Ehrlich'а, вообще меньше, чѣмъ гангліозныя, красятся много темнѣе и не имѣютъ ни капсулы, ни капсульныхъ ядеръ. Авторъ предполагаетъ, что эти „granulirte Herzzellen" въ нѣкоторыхъ прежнихъ изслѣдованіяхъ были смѣшиваемы съ гангліозными клѣтками (это особенно легко можетъ случиться при исключительномъ примѣненіи способа Goldgi) и что вслѣдствіе этого возникали выводы различныхъ авторовъ о присутстіи гангліозныхъ клѣтокъ и на стѣнкахъ желудочковъ. Свои заключенія о положеніи нервныхъ клѣтокъ сердца крысъ авторъ всецѣло переноситъ и на сердца остальныхъ животныхъ.

А. С. Догель[33]) (1898) въ работѣ „О тонкомъ строеніи ганглієвъ человѣка и млекопитающихъ", говоря о нахожденіи узловъ, замѣчаетъ, что многочисленныя нервныя клѣтки, образуя очень разнообразныя по величинѣ и формѣ группы, лежатъ по длинѣ нервныхъ стволовъ и вѣтвей субперикардіальнаго сплетенія предсердій. Рядомъ съ этими группами встрѣчаются въ предсердіяхъ и основаніи желудочковъ еще постоянныя, отдѣльныя клѣтки, которыя или плотно прилегаютъ къ нервнымъ стволикамъ или лежатъ въ серединѣ ихъ. Эти клѣтки находятся не только вдоль стволиковъ субперикардіальнаго сплетенія, но и вдоль нервныхъ стволиковъ сплетеній перикардія, лежащихъ

ближе къ периферіи и даже, хотя рѣже, въ нервныхъ сплетеніяхъ міокардія. Въ субперикардіальномъ сплетеніи желудочковъ находятся рѣдкіе маленькіе гангліи, отдѣльныя-же нервныя клѣтки встрѣчаются только въ близкомъ сосѣдствѣ атріовентрикулярной борозды. Относительно предсердія дитяти авторъ отдѣльно замѣчаетъ, что въ субперикардіальномъ его сплетеніи находится такое множество ганглій и отдѣльныхъ клѣтокъ, что это сплетеніе можетъ быть понимаемо, какъ одинъ непрерывный ганглій.

Noc[34]) (1899), дѣлая серіи срѣзовъ чрезъ сердце собаки и окрашивая ихъ тіониномъ, пришелъ къ заключенію, что нервные узлы сердца, залегая большею частью въ субперикардіальной ткани, встрѣчаются въ бороздѣ между предсердіями и желудочками, между артеріями и верхней частью межвентрикулярной борозды, вблизи синуса полой вены и подъ основаніемъ легочныхъ венъ. Въ міокардѣ авторъ не нашелъ ни отдѣльныхъ, ни собранныхъ въ кучки нервныхъ клѣтокъ.

Кулешъ[35]) (1901) при патологоанатомическихъ изслѣдованіяхъ внутрисердечныхъ нервныхъ узловъ при брюшномъ тифѣ и дифтеритическомъ энтероколитѣ отыскивалъ ихъ, слѣдуя указаніямъ Ott'а, и находилъ ихъ легче всего, въ бóльшемъ количествѣ и наибольшихъ размѣровъ въ задней части перегородки предсердій.

Валединскій[36]) (1904) констатировалъ въ сердцѣ теленка постоянное присутствіе нервныхъ узловъ на всей поверхности желудочковъ, не исключая верхушки, и описалъ нервный узелъ, залегавшій въ перегородкѣ желудочковъ сердца собаки.

А. Е. Смирновъ[37]) (1904) въ дополненіе моего предварительнаго сообщенія „Zur Frage über die Nervenknoten im Herzventrikel einiger Säugetiere" описалъ рисунки съ своихъ прежнихъ препаратовъ. Фиг. 1-я показываетъ нервный стволикъ изъ области верхушки сердца одномѣсячнаго волка, между нервными волокнами котораго залегаетъ группа по крайней мѣрѣ изъ 4 нервныхъ клѣтокъ. Мультиполярная нервная клѣтка фиг. 2-ой залегала въ одномъ нервномъ узлѣ, который находился въ прослойкахъ рыхлой соединительной ткани міокарда средней трети лѣваго желудочка сердца собаки. Фиг. 3-я представляетъ биполярную нервную клѣтку изъ одной очень тонкой нервной вѣточки, залегавшей между мышечными пучками верхушки сердца стараго кота. Фиг. 4-я показываетъ группу изъ 6-ти нервныхъ клѣтокъ, лежащихъ въ одномъ маленькомъ ганглііи, связанномъ съ нерв-

нымъ стволикомъ. Препаратъ взятъ изъ средней трети лѣваго желудочка сердца кролика, гдѣ нервный узелокъ залегалъ среди соединительнотканныхъ прослоекъ наружныхъ слоевъ міокарда. Двѣ мультиполярныя клѣтки фиг. 5-ой находились въ нервномъ узлѣ въ глубинѣ перикарда на границѣ мускулатуры недалеко отъ кровеноснаго сосуда средней трети лѣваго желудочка одной новорожденной дѣвочки. Всѣ препараты получены съ помощью окраски метиленовой синью по Ehrlich'у и приготовлены первые 4 въ 1896 г. и послѣдній въ 1898 г. Въ заключеніе описанія рисунковъ авторъ говоритъ, что у нѣкоторыхъ животныхъ (кролика, зайца, кошки и человѣка) нервныя клѣтки находятся на протяженіи нервныхъ стволовъ обыкновенно въ перикардѣ желудочковъ и частью на протяженіи нервныхъ стволовъ, залегающихъ въ соединительнотканныхъ прослойкахъ между наружными слоями міокарда, образуя большей или меньшей величины гангліи, рѣже встрѣчаясь, какъ нервныя клѣтки, внѣдренныя между нервными волокнами нервныхъ стволовъ и стволиковъ. Нервные узлы, а также одиночныя нервныя клѣтки находятся на всей поверхности желудочковъ, не исключая верхушки. Количество и величина узловъ уменьшается отъ основанія къ верхушкѣ. Нервныя клѣтки желудочковыхъ гангліевъ принадлежатъ преимущественно, если не исключительно, къ периферическимъ мультиполярнымъ клѣткамъ, ядро которыхъ нерѣдко содержитъ два ядрышка. Гангліи лежатъ частью вблизи кровеносныхъ сосудовъ, частью въ отдаленіи отъ нихъ.

С. Михайловъ [38]) (1907) въ довольно большой работѣ „Къ вопросу о строеніи внутрисердечной нервной системы млекопитающихъ", въ которой обстоятельно приведена почти вся литература по всѣмъ вопросамъ, входящимъ въ составъ общаго ученія о внутрисердечной нервной системѣ, между прочимъ о топографическомъ распредѣленіи внутрисердечныхъ симпатическихъ гангліевъ говоритъ слѣдующее.

„По всему ходу, какъ нервныхъ стволовъ, составляющихъ основное сплетеніе, такъ и тѣхъ, которые составляютъ собственно перикардіальное сплетеніе, попадаются гангліозныя; симпатическія клѣтки. Эти нервныя клѣтки то лежатъ одиноко, то собираются по нѣсколько въ одномъ мѣстѣ, образуя ганглій. Какъ въ первомъ, такъ и во второмъ случаѣ онѣ то плотно прилегаютъ къ нервному стволику, то лежатъ внутри его. Иногда же можно

видѣть, что онѣ лежатъ свободно между пучками соединительнотканныхъ волоконъ висцеральнаго листка перикардія. Гангліи сердца располагаются въ пограничной плоскости между міокардіемъ и висцеральнымъ листкомъ перикардія. Иногда, конечно, встрѣчаются гангліи, которые лежатъ въ міокардіи, но лишь въ самомъ поверхностномъ его слоѣ.

Если обратиться теперь къ вопросу о распредѣленіи гангліозныхъ клѣтокъ по различнымъ отдѣламъ сердца, то прежде всего слѣдуетъ сказать, что, несмотря на грамадное количество обработаннаго матеріала, я никогда не видѣлъ какъ ни цѣлыхъ ганглiевъ, такъ и отдѣльныхъ гангліозныхъ клѣтокъ, которыя находились-бы у верхушки сердца млекопитающихъ, или въ области, непосредственно къ ней примыкающей. Эту область я считаю равной одной трети длины желудочковъ. Что-же касается другихъ двухъ третей желудочковъ сердца, то на ихъ поверхности я никогда не встрѣчалъ значительныхъ по величинѣ гангліевъ и могу лишь сказать, что здѣсь чаще гангліозныя клѣтки лежатъ одиночно или по 3—8 вмѣстѣ. Они располагаются, по преимуществу, по ходу вѣнечныхъ кровеносныхъ сосудовъ и наиболѣе значительныхъ нервныхъ стволовъ, расположенныхъ близъ и въ атріовентрикулярной бороздѣ.

Однако, значительно больше, чѣмъ на поверхности желудочковъ, имѣется нервныхъ клѣтокъ въ области предсердій и сердечныхъ ушковъ. Здѣсь, въ особенности на предсердіяхъ, а въ частности и по преимуществу—на правомъ предсердіи, имѣется наибольшее число нервныхъ клѣтокъ. Онѣ образуютъ въ этихъ отдѣлахъ сердца иногда очень большіе гангліи, скопляясь на мѣстахъ дѣленія крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ и, главнымъ образомъ, нервныхъ стволовъ. Кромѣ указанныхъ областей гангліозныя клѣтки я встрѣчалъ также и по ходу большихъ кровеносныхъ сосудовъ, какъ Arteria pulmonalis и Aorta, причемъ онѣ, образуя гангліи, никогда не выходили за ту границу, которая естественно создана въ видѣ мѣста загиба перикардія“.

Матеріаломъ автору служили почти исключительно сердца лошадей. Окраска производилась метиленовою синью, растворенной въ Ringer-Locke'овской жидкости, подогрѣтой до 38—39°. Послѣднее, внесенное авторомъ, измѣненіе способа окраски метиленовой синью, будто-бы, позволяетъ окрашивать сразу бо̀льшее количество элементовъ, входящихъ въ составъ внутрисердечной нервной системы.

II.

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ВЫВОДЫ И ОПРЕДѢЛЕНІЕ ПРЕДМЕТА СОБСТВЕННЫХЪ ИЗСЛѢДОВАНІЙ.

Дѣлая выводы изъ вышеприведенной литературы, приходится сказать слѣдующее.

Одни авторы (Cloetta, Ивановскій, Коплевскій, Виноградовъ, Eisenlohr, Ott, Krehl и Romberg, His jung, Шварцъ, Noc, Кулешъ) совсѣмъ не наблюдали нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ и человѣка.

Другіе—наблюдали, причемъ высказываются по этому поводу далеко не одинаково. Такъ, у нѣкоторыхъ авторовъ этой категоріи (Lee, Kölliker, Шкляревскій, Schweigger-Seidel, Скворцовъ, Aronson, Weinrich, А. С. Догель, Натансонъ) я не могъ найти опредѣленныхъ указаній относительно мѣста и области распространенія узловъ въ желудочкахъ. Berkley описываетъ въ желудочкахъ сердца мыши разсѣянныя, одиночныя нервныя клѣтки; только въ одномъ случаѣ, указывая разстояніе въ 200 микро отъ верхушки, ему встрѣтилась группа изъ 3-хъ клѣтокъ. Часть авторовъ (Remak, Vignal, Openchowski, И. М. Догель, Шмидтъ) наблюдали узлы только въ верхней трети желудочковъ и безъ точнаго обозначенія ихъ мѣстонахожденія. P. Jacques, Каземъ-Бекъ и Михайловъ указываютъ на болѣе низкое отъ основанія желудочковъ нахожденіе въ нихъ узловъ—въ двухъ верхнихъ третяхъ, но также не касаясь точной топографіи узловъ. А. Е. Смирновъ высказывается за присутствіе нервныхъ узловъ на всей поверхности желудочковъ сердца млекопитающихъ.

Относительно присутствія нервныхъ узловъ *въ верхушкѣ* сердца млекопитающихъ, кромѣ краткихъ замѣчаній проф. А. Е. Смирнова и моихъ, въ литературѣ не имѣется никакихъ положительныхъ данныхъ.

Далѣе въ литературѣ по вопросу о точномъ и подробномъ распредѣленіи нервныхъ узловъ собственно *въ желудочкахъ* сердца млекопитающихъ нѣтъ рѣшительно никакихъ точныхъ свѣдѣній, за исключеніемъ лишь общихъ указаній, что узлы встрѣчаются въ верхней или началѣ средней трети, или настолько-то миллиметровъ отъ основанія и верхушки ихъ.

Такимъ образомъ, изученіе литературы вопроса о присутствіи и мѣсторасположеніи нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ и человѣка позволяетъ сказать, что вопросъ этотъ спеціальной разработкѣ не подвергался и имѣющіяся свѣдѣнія по нему очень не полны и даже противорѣчивы.

Поэтому, по предложенію проф. А. Е. Смирнова въ его лабораторіи я занялся посильнымъ разрѣшеніемъ слѣдующихъ задачъ:

1) провѣрить вышедшую изъ лабораторіи Prof. Waldeyer'a работу Шварца, не могшаго наблюдать въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ нервныхъ узловъ и весьма скептически отнесшагося къ положительнымъ наблюденіямъ прежнихъ авторовъ (Remak'a, Vignal'я, Jacques'a, Berkley'я) по тому-же вопросу и вмѣстѣ съ тѣмъ, значитъ, такъ или иначе рѣшить этотъ вопросъ о присутствіи нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ;

2) изслѣдовать съ той-же цѣлью *верхушку* сердца млекопитающихъ. Этотъ частный вопросъ выдѣляю въ отдѣльную рубрику потому, что еще и до сихъ поръ держится категорическое утвержденіе, что верхушка сердца млекопитающихъ яко-бы лишена нервныхъ узловъ и этотъ яко-бы непреложный фактъ часто приводится, какъ твердо-установленная посылка для различныхъ выводовъ;

и 3) попытаться составить болѣе или менѣе опредѣленное понятіе о мѣсторасположеніи нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ.

III.

СПОСОБЫ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

а) Способъ послѣдовательныхъ срѣзовъ изъ цѣлаго сердца.

Такъ какъ первоначальною цѣлью моихъ изслѣдованій было провѣрить работу Шварца, то и способъ изслѣдованія сначала я примѣнилъ его-же. Онъ бралъ сердца маленькихъ животныхъ (крысъ), дѣлалъ серіи срѣзовъ въ трехъ направленіяхъ (поперечномъ, фронтальномъ и сагиттальномъ), красилъ каждый пятый срѣзъ тіониномъ (въ разсчетѣ на избирательность этой окраски по отношенію къ нервнымъ клѣткамъ). Поступая такимъ образомъ, предполагалъ получить возможность обозрѣть всю поверхность сердца, перегородки, міокардъ, эндокардъ и не пропустить

ни одной нервной клѣтки. Въ той-же надеждѣ я пользовался сердцами обыкновенныхъ домашнихъ мышей, также дѣлалъ серіи срѣзовъ въ трехъ направленіяхъ, каждый срѣзъ красилъ гематоксилиномъ+эозиномъ.

Пользуясь указаннымъ способомъ, я пришелъ къ такимъ-же результатамъ, что и Шварцъ, т. е. могъ наблюдать нервные узлы только въ области предсердій, но нигдѣ и ни разу въ желудочкахъ. Но отсюда я не рѣшился вывести заключеніе, что въ желудочкахъ сердца мыши, а тѣмъ болѣе другихъ млекопитающихъ нѣтъ совсѣмъ нервныхъ узловъ. Классическое наблюденіе Remak'а, убѣдительныя наблюденія нѣкоторыхъ позднѣйшихъ и современныхъ авторовъ (И. Догель, Vignal, Каземъ-Бекъ, Jacques, Смирновъ и др.), наконецъ, спеціально по отношенію къ желудочкамъ сердца мыши, нахожденіе здѣсь Berkley'емъ и Weinrich'омъ нервныхъ узловъ—говорили о другомъ. Поэтому, свою первоначальную неудачу, отрицательный результатъ я отнесъ отчасти къ матеріалу (сердечная мышца изслѣдованныхъ мною 3-хъ мышей была перерождена, повидимому, гіалиново), а главнымъ образомъ къ способу изслѣдованія, при которомъ нервные узлы, какъ плоскокруглыя образованія, попадаютъ въ разрѣзъ не своей широкой плоской поверхностью, а, такъ сказать, толщиной и, слѣдовательно, въ видѣ незначительнаго количества клѣтокъ, которыя могутъ быть легко просмотрѣны.

Раньше Шварца, употребляя тотъ-же методъ послѣдовательныхъ срѣзовъ, работалъ Ott также съ намѣреніемъ обозрѣть цѣлое сердце и ничего не пропустить и также въ желудочкахъ сердца человѣческаго зародыша не могъ констатировать присутствія нервныхъ узловъ. Натансонъ, провѣряя Ott'а наблюдалъ нервные узлы въ сердцѣ 18-ти недѣльнаго человѣческаго зародыша только по бороздамъ желудочковъ и то въ верхней ихъ половинѣ. Наибольшее число нервныхъ узловъ, по его мнѣнію, находится въ перегородкѣ предсердій.

b) Способы изслѣдованія съ предварительнымъ погруженіемъ сердецъ въ растворъ карболовой кислоты.

Проработавъ съ способомъ послѣдовательныхъ срѣзовъ цѣлаго сердца съ полгода, приготовивъ болѣе тысячи препаратовъ безрезультатно для поставленной цѣли изслѣдованія, я познакомился съ статьей д-ра Н. Н. Жука[39]) „О нервахъ сердца“. Въ ней

авторъ указываетъ на погруженіе сердецъ отъ только-что убитыхъ животныхъ (телятъ, барановъ, свиней) въ 7% растворъ соляной или карболовой кислотъ, какъ на очень хорошій способъ сдѣлать нервы на поверхности сердца ясно замѣтными.

Познакомившись съ этимъ наблюденіемъ, я попробовалъ утилизировать его для отысканія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ. Я разсуждалъ такъ: если нервные узлы сердца большею частью находятся на протяженіи нервныхъ стволовъ въ толщѣ ихъ или прилегая къ нимъ, или недалеко отъ нихъ въ сторонѣ и связываясь съ ними нервными вѣточками, что извѣстно изъ прежнихъ изслѣдованій и въ чемъ я лично убѣдился на сердцахъ мышей, у которыхъ въ области предсердій нервные узлы располагаются вышеуказаннымъ образомъ, то отсюда естественно у меня возникла мысль, что для отысканія нервныхъ узловъ можно изслѣдовать не все сердце цѣликомъ, дѣлая чрезъ него послѣдовательные срѣзы въ разныхъ направленіяхъ, а изслѣдовать только самые нервные стволы, мѣста ихъ развѣтвленій и сплетеній съ прилегающей къ нимъ тканью. Предположенія мои подтвердились положительными наблюденіями, результаты которыхъ отчасти изложены въ моихъ предварительныхъ сообщеніяхъ, а главнымъ образомъ будутъ представлены въ настоящей работѣ.

Теперь далѣе я нѣсколько подробнѣе остановлюсь на описаніи методики, которой я пользовался для всѣхъ дальнѣйшихъ моихъ изслѣдованій послѣ неудачи съ сердцами мышей и знакомства съ работой д-ра Жука.

Прежде всего долженъ сказать, что я пользовался по преимуществу сердцами телятъ (въ возрастѣ 3—4 недѣль). Остановился на телячьемъ сердцѣ потому, что нервы желудочковъ его весьма обильны. Кромѣ того даннымъ выборомъ руководило и то, что именно на сердцѣ теленка Remak сдѣлалъ свои классическія наблюденія, да повидимому и Жукъ получалъ лучшія картины распредѣленія нервовъ на сердцахъ телятъ, по крайней мѣрѣ въ своей работѣ онъ представилъ фотографіи и рисунки съ нихъ. Сердца получались мною съ Томской городской скотобойни, благодаря любезности завѣдывающаго ею д-ра Ф. У. Вашкевича, за что приношу ему искреннюю благодарность.

Сердце только-что убитаго теленка, вынутое изъ сердечной сорочки, погружалось въ 7% водный растворъ карболовой кислоты.

Послѣдняя бралась въ кристаллическомъ видѣ, предварительно расплавлялась въ водяной банѣ и вливалась въ дистиллированную воду въ количествѣ, чтобы получился 7% растворъ, указываемый Жукомъ. Послѣ вливанія карболовой кислоты, вода принимала молочный видъ. Отъ помѣшиванія стеклянной палочкой въ продолженіи нѣсколькихъ минутъ (5—10) растворъ просвѣтлялся и только на поверхности его оставались въ небольшомъ количествѣ капельки нерастворившейся карболовой кислоты, растворимость которой при комнатной температурѣ собственно меньше 7% (процентовъ 6—5). При послѣдующемъ погруженіи сердецъ нерастворившіяся плавающія капельки кислоты растворялись, очевидно—на счетъ воды, содержащейся въ сердцахъ.

Подтверждая Жука, предупреждаю, что нужно брать сердце обязательно отъ только-что убитаго животнаго, чтобы получить хорошую, отчетливую картину поверхностныхъ нервовъ сердца. Промедленіе въ погруженіи, захватываніе руками, особенно запачкиваніе сердца кровью и вообще неаккуратное обращеніе и ненужныя манипуляціи, даже такая повидимому невинная, какъ обмываніе водой, значительно ухудшаютъ ясность и отчетливость картины.

Жукъ въ своей работѣ ничего не говоритъ о количествѣ предлагаемыхъ имъ кислотныхъ растворовъ, какое нужно брать на одно сердце, какого животнаго и сколько времени можно держать его въ растворѣ безъ ущерба для яснаго выступленія нервовъ. Эти вопросы заслуживаютъ полнаго вниманія и особой разработки. Я спеціально ими не занимался.

Изъ своихъ наблюденій вынесъ такое впечатлѣніе, что какъ болѣе слабый чѣмъ 7% водный растворъ карболовой кислоты, такъ и слишкомъ обильное количество 7% разствора при небольшомъ числѣ погруженныхъ сердецъ ухудшаетъ ясность картины. Не выработавъ по этому поводу никакихъ безупречно точныхъ цифръ, осмѣливаюсь все-таки сказать, что, по моему мнѣнію, нужно брать на одно сердце теленка 7% карболоваго раствора не менѣе полулитра.

Что касается времени держанія сердца въ растворѣ, то относительно этого вопроса могу сказать болѣе опредѣленно. Четырехлѣтнее пребываніе нѣкоторыхъ взятыхъ мною телячьихъ сердецъ въ карболовомъ растворѣ конечно исказило первоначальную отчетливую ясность выступленія нервовъ на поверхности, но еще

и въ настоящее время нервы настолько отчетливо выступаютъ, что ихъ можно зарисовать или снять съ нихъ фотографическій снимокъ. Ясность первоначальной картины держится нѣсколько мѣсяцевъ (1—6). Съ цѣлью сохранить первоначальную ясность на болѣе продолжительное время могъ-бы рекомендовать испытать помѣщать сердце, послѣ того какъ оно полежитъ въ карболовомъ растворѣ (дней не менѣе 8), въ глицеринъ. У меня есть кусочекъ, вырѣзанный изъ сердца теленка послѣ обработки его карболовымъ растворомъ, который я положилъ въ чистый глицеринъ болѣе двухъ лѣтъ назадъ. На этомъ кусочкѣ до сихъ поръ прекрасно съ прежней отчетливостью видны нервы, даже, пожалуй, яснѣе, чѣмъ когда сердце сохранялось въ карболовомъ растворѣ. Это можно объяснить тѣмъ, что глицеринъ значительно просвѣтляетъ тонкую ткань перикарда, отчего нервы выступаютъ еще рѣзче.

Послѣ погруженія сердца въ карболовый растворъ нервы выступаютъ хотя скоро, но не тотчасъ. Въ первый моментъ послѣ погруженія ткань перикарда мутнѣетъ и пріобрѣтаетъ молочнобѣлый цвѣтъ, нервы почти совсѣмъ не замѣтны. Чрезъ нѣсколько минутъ (5—10) ткань перикарда просвѣтляется, иногда до того, что подъ ней становятся хорошо различимыми поверхностные слои мускулатуры. Съ просвѣтленіемъ перикарда начинаютъ ясно выдѣляться нервы въ видѣ рѣзко контурированныхъ бѣлыхъ шнуровъ. О сущности дѣйствія карболовой кислоты на ткань перикарда и нервовъ опредѣленно высказаться сейчасъ не могу.

Здѣсь надо замѣтить, что нервы сердца иногда хорошо замѣтны безъ всякой предварительной обработки, наприм. погруженія въ карболовый растворъ, но это продолжается недолго, скоро ткань перикарда мутнѣетъ и тогда нервы бываютъ замѣтны плохо. На сердцахъ теленка, барана мнѣ приходилось постоянно хорошо видѣть нервы еще до погруженія сердецъ въ карболовый растворъ. Тоже самое могу сказать про сердце человѣка, если трупъ не оставался долго лежать. Въ противномъ случаѣ обычно ткань перекарда сильно мутнѣла и тѣмъ препятствовала выступленію нервовъ, тогда даже погруженіе въ карболовый растворъ не могло обнаружить нервы. Такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ дѣйствіе карболовой кислоты сказывалось въ томъ, что она какъ-бы закрѣпляла нервы и дѣлала ихъ ясно замѣтными на подролжительное время. Въ другихъ случаяхъ, наприм. на серд-

цахъ собакъ, кошекъ, кроликовъ, у которыхъ сердечные нервы часто почти незамѣтны безъ всякой предварительной обработки, погруженіе въ карболовый растворъ обнаруживало нервы, дѣлало ихъ ясно видимыми.

Отъ погруженія въ карболовый растворъ нервы хорошо выступаютъ, главнымъ образомъ, на поверхности желудочковъ сердца. На предсердіяхъ и ушкахъ нервы мало и плохо выступаютъ вслѣдствіе того, что карболовая кислота, обладая сильнымъ сморщивающимъ дѣйствіемъ на ткани, собираетъ въ многочисленныя мелкія складки поверхность тонкихъ и легкоуступчивыхъ стѣнокъ предсердій и ушковъ. Это относится къ недостаткамъ метода, которые увеличиваются еще тѣмъ, что карболовая кислота обладаетъ непріятнымъ раздражающимъ слизистыя оболочки запахомъ и анэстезирующимъ дѣйствіемъ на кожу рукъ. Указанными недостатками не обладаетъ 7% водный растворъ соляной кислоты. Поэтому при послѣдующихъ изслѣдованіяхъ я могъ-бы рекомендовать поработать съ соляной кислотой, отъ погруженія въ растворъ которой нервы сердца также хорошо выступаютъ, какъ отъ погруженія въ карболовый растворъ. Но только въ растворѣ соляной кислоты сердце долго сохраняться не можетъ и недѣли чрезъ 3—4 сильно размягчается и даже распадается.

Заканчивая рѣчь о карболовой кислотѣ, въ цѣляхъ исторической точности долженъ сказать, что она, какъ способъ обнаруженія нервовъ сердца, рекомендовалась давно. По крайней мѣрѣ о ней упоминаетъ въ своей монографіи И. М. Догель. Д-ру Жуку принадлежитъ заслуга обращенія на нее должнаго вниманія изслѣдователей. Д-ръ Жукъ помимо сердецъ погружалъ въ растворъ карболовой кислоты брызжейку, на которой также могъ наблюдать нервы до мельчайшихъ развѣтвленій. Совмѣстно съ проф. А. Е. Смирновымъ погружая въ указанный растворъ брызжейку съ кишками и мочевой пузырь большой собаки, могу подтвердить правильность наблюденій Жука.

Погружая сердца телятъ въ 7% растворъ карболовой кислоты и получивъ нервы хорошо замѣтными, въ дальнѣйшемъ, для отысканія нервныхъ узловъ я поступалъ двояко.

Первый способъ состоялъ въ простомъ выдергиваніи ясновыступавшихъ нервовъ обыкновеннымъ анатомическимъ пинцетомъ, раздавливаніи ихъ между двумя предметными стеклами и послѣдующемъ непосредственномъ разсматриваніи подъ микроскопомъ.

Этотъ способъ, хотя и грубоватъ, но зато очень простъ съ технической стороны, легко и быстро выполнимъ и весьма пригоденъ для быстраго обнаруженія въ сердцѣ нервныхъ узловъ; конечно, при этомъ нельзя замѣтить тонкаго строенія узловъ. Послѣднему требованію вполнѣ удовлетворяетъ предварительное окрашиваніе выдернутаго нерва и расщипываніе иглами подъ лупой. Тогда очень легко получить изолированными не только цѣлые узлы, но и отдѣльныя нервныя клѣтки. Выдернутые нервы въ большинствѣ случаевъ, я красилъ пикрокарминомъ, рѣже гематоксилиномъ+эозиномъ. Удавалось получать окраску осміевой кислотой и золотомъ. Расщипанный и окрашенный препаратъ заключалъ въ подкисленный глицеринъ. Для иллюстраціи полученныхъ такимъ образомъ нервныхъ узловъ и клѣтокъ мною представлены въ предварительномъ сообщеніи рисунки ихъ.

Изложенный способъ я примѣнялъ въ 2-хъ верхнихъ третяхъ желудочковъ, гдѣ нервы сравнительно толсты и при осторожномъ выдергиваніи не рвутся. Кромѣ того этотъ способъ удобенъ только для простого констатированія нервыхъ узловъ, но не для изученія ихъ топографіи.

Для послѣдней цѣли и опредѣленія узловъ въ нижней трети желудочковъ и верхушкѣ, гдѣ нервы тонки и при примѣненіи вышеизложеннаго способа захватываются и выдергиваются плохо и даже рвутся, я пользовался другимъ способомъ.

То или иное мѣсто съ нервами на желудочкахъ вырѣзывалось въ видѣ кусочковъ различной длины, ширины и толщины ($^1/_2$—1 с.) въ зависимости отъ картины расположенія самихъ нервовъ. Кусочки, вырѣзанные изъ стѣнки желудочковъ сердца, лежавшаго предъ тѣмъ въ карболовомъ растворѣ, безъ всякаго промыванія, прямо переносились въ 90$^0/_0$ спиртъ и дальше подвергались обычной обработкѣ вплоть до заключенія въ параффинъ, рѣже въ целлоидинъ. Изъ кусочковъ дѣлались послѣдовательные срѣзы параллельно наружной поверхности желудочковъ. На послѣднюю деталь обращаю вниманіе, потому что нервные узлы, представляя изъ себя плоскія, круглыя или овальныя образованія и лежа своей плоской, широкой поверхностью параллельно наружной поверхности желудочковъ, наибольшимъ своимъ размѣромъ попадаютъ въ разрѣзъ именно при плоскостныхъ срѣзахъ. Если кусочекъ былъ великъ или имѣлъ слишкомъ выпуклую поверхность, что служило препятствіемъ къ полученію правильнаго плоскост-

ного срѣза, то онъ предварительно разрѣзывался на двѣ, рѣдко больше частей. Срѣзы дѣлались отъ 5 до 10 микро толщиной и до тѣхъ поръ, пока въ кусочкѣ не переставали попадаться нервные узлы. Окраска срѣзовъ производилась гематоксилиномъ+эозиномъ. Просматривались срѣзы при среднихъ увеличеніяхъ микроскопа. На полученныхъ вышеуказаннымъ способомъ препаратахъ можно было убѣдиться, что растворъ карболовой кислоты почти не измѣнялъ нормальной структуры тканей, которыя даже послѣ четырехлѣтняго пребыванія сердецъ въ растворѣ представлялись хорошо сохранившимися и хорошо воспринимающими указанныя краски.

Помимо сердецъ телятъ, я погружалъ въ тотъ-же 7% растворъ карболовой кислоты сердца барановъ, примѣнялъ тѣ-же вышеизложенные способы изслѣдованія и убѣдился въ ихъ полной пригодности и для этого матеріала.

Погружалъ въ карболовый растворъ сердце человѣка. Такъ какъ матеріалъ былъ трупный, то нервы, хотя и выступали послѣ погруженія, но не имѣли той отчетливой картины, какую имѣли на сердцахъ телятъ и барановъ. Впрочемъ этого матеріала мнѣ не удалось много имѣть и имъ я пока спеціально не занимался, но все таки нѣкоторые положительные результаты получилъ.

Пробовалъ погружать въ 7% растворъ той-же кислоты сердца нѣкоторыхъ лабораторныхъ животныхъ (собакъ, котятъ, кроликовъ), но безъ особаго успѣха. Повидимому для этихъ животныхъ нужно брать растворъ карболовой кислоты нѣсколько слабѣе 7%. По крайней мѣрѣ совмѣстно съ проф. А. Е. Смирновымъ погружая сердца собакъ въ 6% растворъ, удавалось получать весьма отчетливую картину выступающихъ нервовъ на желудочкахъ.

На ряду съ карболовой кислотой я отчасти испыталъ дѣйствіе другихъ кислотъ. Дѣлалъ пробы съ погруженіемъ телячьихъ-же сердецъ въ 7% растворъ соляной или азотной. Въ растворѣ соляной кислоты нервы на желудочкахъ сердца теленка такъ же хорошо выступаютъ, что и въ карболовомъ растворѣ, даже пожалуй нѣжнѣе и потому отчетливѣе, и если держать сердце въ солянокисломъ растворѣ сравнительно недолго (1—3 недѣли), то можно очень хорошо изучать ходъ и расположеніе нервовъ. Продолжительное держаніе сердецъ въ этомъ растворѣ не годится, о чемъ сказано выше. Въ растворѣ азотной кислоты нервы

на сердцѣ теленка и выступаютъ плохо, и само сердце также, какъ и въ растворѣ соляной кислоты, долго сохраняться не можетъ, оно размягчается.

Хорошо выступаютъ нервы на сердцахъ собакъ въ слабомъ $^1/_2$—$2^0/_0$ растворѣ уксусной кислоты, но скоро (чрезъ нѣсколько часовъ) они просвѣтляются и становятся мало замѣтными.

Изъ другихъ способовъ обнаруженія нервовъ на сердцѣ пробовалъ примѣнять пары осміевой кислоты и окраску метиленовой синью по Ehrlich'у. Дѣйствію паровъ осміевой кислоты подвергалъ сердца котятъ, но безъ особаго успѣха для цѣлей моихъ изслѣдованій. Окраску метиленовой синью производилъ на сердцахъ телятъ, собакъ, кроликовъ. Метиленовая синь растворялась въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли отъ $^1/_{16}$ до $^1/_4{}^0/_0$, подогрѣвалась до 37—40° и впрыскивалась или чрезъ аорту, или чрезъ коронарные сосуды сердца. Хотя удавалось окрашивать отдѣльные нервы, выступающіе въ видѣ синихъ полосъ, но получить окраску всѣхъ нервовъ сразу и такъ отчетливо, какъ у Jacques'а, мнѣ не удавалось, равно я не могъ наблюдать сильно окрашенныхъ точекъ, которыя по Jacques'у есть ничто иное, какъ нервные узлы. Вырѣзая поверхностные кусочки изъ поперечной борозды, верхней половины желудочковъ окрашенныхъ синью сердецъ и просматривая ихъ подъ микроскопомъ, я почти всегда могъ наблюдать значительное количество нервныхъ узловъ. Что касается примѣненія окраски метиленовой синью для изученія топографіи нервныхъ узловъ, то эта окраска врядъ-ли пригодна для этой цѣли, потому что очень трудно въ одно время окрасить метиленовой синью и всѣ нервы, и всѣ узлы.

Въ заключеніе этой главы позволю себѣ сказать, что, по моему мнѣнію, погруженіе сердецъ въ растворъ карболовой кислоты и послѣдующіе описанные выше методы микроскопическаго изслѣдованія надо считать пока лучшими, въ смыслѣ легкости и быстроты, способами для опредѣленія присутствія и изученія мѣстонахожденія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца млекопитающихъ.

IV.

СОБСТВЕННЫЯ НАБЛЮДЕНІЯ.

а) О присутствіи нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца нѣкоторыхъ млекопитающихъ и человѣка.

Пользуясь вышеизложенными способами изслѣдованія, мнѣ удалось наблюдать нервные узлы рѣшительно на всей поверхности желудочковъ сердца теленка отъ основанія ихъ до верхушки включительно и въ довольно большомъ количествѣ.

На основаніи своихъ наблюденій не могу сказать, чтобы нервные узлы чаще встрѣчались по бороздамъ желудочковъ или по ходу кровеносныхъ сосудовъ. Довольно часто и въ большомъ количествѣ узлы встрѣчались совершенно въ сторонѣ отъ бороздъ и также нерѣдко, даже, можно сказать, обычно и въ сторонѣ отъ сосудовъ.

Если узлы располагались около сосудовъ, то такъ: или только около одного изъ рядомъ идущихъ артеріи и вены, или между ними. Изрѣдка приходилось наблюдать нервныя клѣтки въ адвентиціи болѣе крупныхъ артерій, гдѣ онѣ, въ количествѣ 1—6, попадавшихъ въ одинъ срѣзъ, располагались цугомъ, образуя или самостоятельный узелокъ, или залегая въ толщѣ нервнаго стволика.

Сопровождая основное нервное сплетеніе, узлы большею частью залегали въ глубинѣ перикарда или между нимъ и міокардомъ, рѣже въ поверхностныхъ слояхъ перикарда и далеко не въ единичныхъ случаяхъ въ соединительно-тканныхъ прослойкахъ поверхностныхъ-же слоевъ міокарда. Въ большинствѣ случаевъ нервные узлы располагались особнякомъ—внѣ нервныхъ стволовъ, но нерѣдко находились и на протяженіи послѣднихъ, залегая своими клѣтками либо среди волоконъ, или только прилегая къ нерву.

Нервные узлы на разрѣзахъ имѣли видъ или типичныхъ узловъ, т. е. представляли группу нервныхъ клѣтокъ, окруженныхъ одной общей соединительнотканной оболочкой, или—просто скопленіе нервныхъ клѣтокъ безъ общей оболочки. Чаще на двухъ противоположныхъ полюсахъ нервныхъ узловъ наблюдались нервные пучки, изъ которыхъ одинъ можно принимать какъ-бы за входящій въ узелъ, другой—какъ-бы за выходящій изъ узла. Зна-

чительно рѣже попадались такіе узлы, у которыхъ былъ только одинъ нервный пучекъ и, наоборотъ, такіе, которые были какъ-бы центромъ многихъ сходящихся пучковъ или, другими словами, нервные узлы встрѣчались на мѣстахъ развѣтвленій нервныхъ стволиковъ. Указанными пучками узлы связывались съ болѣе толстыми нервными стволами.

Чего-либо новаго относительно тонкаго строенія нервныхъ узловъ и ихъ интимнаго отношенія къ другимъ окружающимъ тканямъ, не примѣняя соотвѣтствующихъ этому способовъ изслѣдованія, я не могъ замѣтить. Обыкновенно, составляющія нервные узлы клѣтки были мультиполярны, окружены всегда оболочкой, выстланной плоскими клѣтками съ ядрами, содержали зернистую протоплазму иногда съ канальцами и большое пузырьковидное ядро съ ядрышками—чаще съ двумя, чѣмъ однимъ или тремя.

Величина узловъ наблюдалась самая разнообразная. Такихъ утолщеній, видимыхъ простымъ глазомъ, которыя потомъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, обязательно оказывались-бы узлами, я не наблюдалъ. Только послѣ извѣстной препаровки и расщипыванія подъ лупой иногда удавалось выдѣлить круглыя образованія въ видѣ мелкой булавочной головки, замѣтныя и невооруженнымъ глазомъ и представлявшія изъ себя при увеличеніяхъ микроскопа нервные узлы. Попадались узлы, въ которыхъ можно было насчитать до 150 клѣтокъ на одномъ срѣзѣ. Въ среднемъ не рѣдкость было встрѣтить узлы въ 50—30—20—10 клѣтокъ на разрѣзѣ. Большіе узлы попадались въ верхней половинѣ желудочковъ, хотя и въ области верхушки, особенно, по близости бороздъ, иногда бывали узлы въ 50 клѣтокъ на срѣзѣ. Часто встрѣчались и отдѣльныя нервныя клѣтки. О количествѣ узловъ и нѣкоторыхъ другихъ числовыхъ данныхъ будетъ сообщено ниже.

На сердцахъ барановъ, примѣняя тѣ-же самые способы изслѣдованія, что и къ телячьимъ сердцамъ, я получилъ тѣ же результаты, т. е. могъ наблюдать въ желудочкахъ нервные узлы. Отношеніе къ нервамъ и сосудамъ, расположеніе, величина, форма нервныхъ узловъ желудочковъ сердца барана въ общемъ аналогичны нервнымъ узламъ желудочковъ сердца теленка. Какъ на особенность, которую я здѣсь подмѣтилъ, укажу на большую рѣзкость окраски отростковъ нервныхъ клѣтокъ сердца барана,

отчего иногда мультиполярность клѣтокъ выступала очень отчетливо.

Въ сердцѣ человѣка я могъ наблюдать нервные узлы пока только на передней поверхности лѣваго желудочка—какъ въ верхней его половинѣ, такъ и въ нижней. Въ началѣ нижней трети лѣваго желудочка, сравнительно недалеко отъ верхушки, мнѣ пришлось наблюдать нервныя клѣтки, расположенныя группами по 2—3, тянущимися одна группа за другой въ соединительнотканныхъ прослойкахъ поверхностныхъ слоевъ міокарда. Для иллюстраціи позволю себѣ представить рисунокъ одного изъ нервныхъ узловъ, наблюдавшихся въ верхней трети передней поверхности сердца человѣка. (Фиг. I). На основаніи своихъ, правда, немногочисленныхъ наблюденій, могу сказать, что какъ нервы, такъ и нервные узлы сердца человѣка въ общемъ имѣютъ болѣе нѣжное строеніе, чѣмъ у животныхъ. Такъ какъ небольшой матеріалъ былъ къ тому-же трупный и патологическій, то подробно объ узлахъ сердца человѣка пока говорить не могу.

Съ помощью окраски метиленовой синью наблюдалъ нервные узлы въ поперечной бороздѣ и въ верхнихъ отдѣлахъ желудочковъ сердца кроликовъ, собакъ и телятъ. Такъ какъ этимъ способомъ и матеріаломъ занимался мало, то и о нервныхъ узлахъ сердца этихъ животныхъ чего-либо особаго сказать не могу.

Наконецъ, пользуясь матеріаломъ, предоставленнымъ мнѣ проф. А. Е. Смирновымъ, я наблюдалъ нервные узлы въ перегородкѣ желудочковъ сердца собаки. Нервные узлы находились въ срединѣ толщи перегородки и залегали среди мускулатуры въ соединительнотканныхъ ея прослойкахъ, содержащихъ иногда жировыя клѣтки, причемъ имѣли видъ отдѣльнаго узелка или представляли группу клѣтокъ среди волоконъ нервнаго стволика. Иногда попадались группы клѣтокъ около сосудовъ. Узлы были средней величины въ 10—20 клѣтокъ, встрѣчались и отдѣльныя клѣтки. Рисунокъ одного изъ этихъ узловъ мною представленъ въ предварительномъ сообщеніи. (Фиг. 3, табл. $^{19}/_{20}$ Anatom. Hefte. Bd. 27. 1904).

b) Нервные узлы въ верхушкѣ сердца теленка.

Не говоря о всевозможныхъ учебникахъ и руководствахъ, но даже въ спеціальной литературѣ нигдѣ мнѣ не пришлось найти указаній, чтобы въ верхушкѣ сердца млекопитающихъ были на-

ходимы нервные узлы. Наоборотъ, всюду указывается, что верхушка лишена узловъ. Этотъ фактъ считается настолько прочно установленнымъ, что на немъ между прочимъ базируются для разныхъ выводовъ и даже построенія теорій. Въ 1904 г. въ своемъ предварительномъ сообщеніи я указалъ, что верхушка сердца теленка имѣетъ нервные узлы. Тамъ-же былъ помѣщенъ и рисунокъ съ одного изъ узловъ верхушки. Но въ то время нервные узлы хотя и были найдены въ верхушкѣ, но не въ самой конечной части ея, и это было единичнымъ наблюденіемъ. Въ настоящее время я обслѣдовалъ верхушку болѣе обстоятельно и могу сказать, что на всей ея поверхности какъ спереди, такъ и сзади и даже въ самой конечной части ея можно наблюдать нервные узлы и при томъ не въ единичныхъ случаяхъ, а на многихъ сердцахъ и на одинаково-опредѣленныхъ мѣстахъ. Все, что сказано выше о нервныхъ узлахъ верхнихъ отдѣловъ желудочковъ сердца теленка, приложимо къ узламъ верхушки. Конечно, въ области верхушки не попадались узлы въ 150 клѣтокъ на одномъ срѣзѣ, а въ 50—30 клѣтокъ узлы можно было встрѣтить нерѣдко. Въ среднемъ большинство узловъ имѣло 20—10 клѣтокъ на одномъ срѣзѣ. Въ самой конечной части верхушки больше 12 клѣтокъ на одномъ срѣзѣ въ узлѣ я не встрѣчалъ, и здѣсь узлы главнымъ образомъ находились въ толщѣ нервныхъ стволиковъ среди ихъ волоконъ. Для иллюстраціи представляю рисунокъ небольшого узелка изъ этой конечной части верхушки сердца теленка. (Фиг. II).

Верхушку сердца другихъ животныхъ я не изслѣдовалъ въ указанномъ направленіи. По всей вѣроятности и у нихъ въ верхушкѣ есть нервные узлы, на то съ несомнѣнностью указываютъ вышецитированныя наблюденія проф. А. Е. Смирнова.

V.

ХОДЪ НЕРВОВЪ НА ПОВЕРХНОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЪ СЕРДЦА ТЕЛЕНКА.

Хотя въ задачу моихъ изслѣдованій не входило изученіе анатомическаго хода нервовъ по поверхности желудочковъ сердца, но этого вопроса по необходимости приходится касаться, чтобы въ дальнѣйшемъ при изложеніи прямой и главной задачи—опредѣленія мѣсторасположенія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ—

имѣть топографическую опору. Въ этомъ отношеніи нервы представляютъ то удобство, что они очень густо оплетаютъ всю поверхность желудочковъ, своими развѣтвленіями и сѣтеобразными сплетеніями дѣлятъ ее на естественные небольшіе участки, пригодные для сравнительнаго изученія. Конечно одними нервами не исчерпывается вся топографія поверхности желудочковъ. Для цѣлей топографіи имѣетъ немалое значеніе также изученіе хода и расположенія кровеносныхъ сосудовъ. Но послѣдніе представляютъ далеко уже не то удобство, что нервы. Сосуды невсегда видны для глаза, часто они скрываются въ толщу міокарда и своимъ ходомъ и расположеніемъ, если и дѣлятъ поверхность, то на большіе участки и нерѣзко очерченные. Нельзя игнорировать изученія общаго рельефа поверхности желудочковъ, различныхъ возвышеній, выпячиваній, углубленій, выемокъ, различныхъ измѣреній длины, ширины, разстояній между опредѣленными пунктами. Поэтому, при окончательномъ рѣшеніи вопроса о топографіи сердечныхъ узловъ, нужно детально изучить не только ходъ и расположеніе нервовъ, но и сосудовъ и общій рельефъ поверхности сердца.

Вопросъ о нервахъ сердца есть самый старый изъ вопросовъ, входящихъ въ составъ общаго ученія о внутрисердечной нервной системѣ. Первыя упоминанія о сердечныхъ нервахъ находятся въ трудахъ Andreas Vesalius'a, Eustachius'a и Gabriel Fallopia, относящихся къ XVI в. Наблюденія этихъ изслѣдователей вызывали сомнѣнія, пока не были подтверждены послѣдующими выдающимися анатомами T. Willis'омъ, R. Vieussens'омъ, Winslow'ымъ, Lancisi'емъ. Вопросъ о присутствіи нервовъ въ стѣнкахъ сердца можно было считать вполнѣ рѣшеннымъ положительно съ появленіемъ труда Senac'a, собравшаго всѣ имѣвшіяся до него и относящіяся сюда данныя, разобравшаго мнѣнія своихъ предшественниковъ и представившаго подробное описаніе главныхъ стволовъ нервовъ сердца. Однако, Sömmering, не отрицая присутствія нервовъ въ составѣ сердца, думалъ, что нервы стоятъ въ связи съ кровеносными сосудами, а не съ мышцами сердца. Ученикъ его Berends въ своей диссертаціи высказалъ свое мнѣніе о нервахъ сердца слѣдующимъ заключеніемъ: „cor nervis carere". Конецъ всѣмъ сомнѣніямъ и колебаніямъ положилъ знаменитый анатомъ и хирургъ второй оловпины XVIII столѣтія Antonio Scarpa[40]) (1794) своимъ

доселѣ цѣннымъ и выдающимся трудомъ „Tabulae Neurologicae ad illustrandum historiam cardiacorum nervorum...“, заслуживающимъ, въ виду его рѣдкости, переизданія съ параллельнымъ текстомъ на какомъ-либо изъ наиболѣе употребительныхъ въ наукѣ языковъ. Scarpa представилъ VII-мь таблицъ съ рисунками, иллюстрирующими нервы, связывающіе сердце съ головнымъ мозгомъ, и нервы, идущіе по поверхности самого сердца. VI-я таблица изображаетъ нервы сердца человѣка, VII-я—нервы сердецъ лошади и теленка. Рисунки столь хороши по своему исполненію, что они изумили и поразили не только современниковъ Scarpa, но вызываютъ удивленіе и сейчасъ. Къ сожалѣнію Scarpa не сдѣлалъ подробнаго описанія хода и расположенія нервовъ на поверхности сердца, а далъ къ рисункамъ только болѣе или менѣе обстоятельный указатель. Вотъ что Scarpa говоритъ, наприм., по поводу нервовъ сердца теленка, служащаго предметомъ и моихъ изслѣдованій. „Распредѣленіе сердечныхъ нервовъ у теленка имѣется въ томъ-же родѣ, что и у лошади, за исключеніемъ того, что у теленка при прочихъ равныхъ условіяхъ обильнѣе тѣ нервы, которые проходятъ чрезъ выпуклость ventriculi aortici (лѣв. жел.). Кромѣ того сердечные нервы въ противоложномъ направленіи пересѣкаютъ вѣтви коронарныхъ артерій, только нѣкоторые изъ нихъ подходятъ къ артеріямъ, слѣдуютъ ихъ направленію, если артеріи не скрываются внезапно въ глубину сердечной субстанціи“. Въ сердцѣ лошади нервы, по Scarpa, въ общемъ слѣдуютъ ходу кровеносныхъ сосудовъ.

Послѣ Scarpa вплоть до настоящаго времени вопросъ о ходѣ и расположеніи поверхностныхъ нервовъ сердца млекопитающихъ, какъ это ни кажется страннымъ, нисколько не двинулся впередъ. Для примѣра приведу описаніе нервовъ сердца нѣкоторыми позднѣйшими авторами.

P. Jacques, впрыскивая въ arteria coronaria сердца собакъ концентрированный растворъ метиленовой сини, въ концѣ перваго или началѣ второго часа послѣ впрыскиванія очень ясно могъ наблюдать нервы въ видѣ рѣзко окрашенныхъ синихъ нитей на сѣро-зеленомъ фонѣ мышцъ. Фиг. 1-я таблицы I-ой представляетъ по автору переднюю и заднюю поверхности сердца собаки. Здѣсь видны нервы, выходящіе изъ поперечной борозды, распредѣляющіеся и разсѣевающіеся по желудочкамъ. Въ то вре-

мя, какъ средніе нервы передней поверхности имѣютъ почти вертикальное направленіе аналогично коронарнымъ сосудамъ, иногда не слѣдуя за всѣми изгибами ихъ, крайніе лѣвые нервы очень приближаются къ горизонтальному направленію и перпендикулярно пересѣкаютъ сосуды. На задней поверхности нервные пучки, выходя изъ борозды, спускаются всѣ параллельно одинъ другому и косвенно къ большимъ коронарнымъ сосудамъ. Всѣ нервы, мало дѣлясь на поверхности, выпускаютъ въ глубину массу коллятералей. Нѣкоторые нервы легко прослѣдить до верхушки. Чрезъ косвенные и поперечные анастомозы нервы слагаются въ широкое сплетеніе съ удлиненными петлями, располагающееся независимо отъ направленія сосудовъ и лежащее поверхностнѣе ихъ. Кромѣ того нервы пересѣкаютъ подъ прямымъ угломъ поверхностный слой мышцъ. На предсердіи находится нервное сплетеніе съ болѣе мелкими и менѣе правильными петлями.

Н. Ломакина[41]) (1900), хотя озаглавила свою работу: „О ходѣ и значеніи нервовъ сердца“, но изучала ходъ нервовъ далеко не на всей поверхности сердца. Она ограничилась препаровкой болѣе или менѣе толстыхъ нервовъ поперечной борозды и непосредственно къ ней прилегающей области. Для автора было важно убѣдиться въ существованіи нервныхъ стволовъ, дающихъ вѣтки и къ предсердіямъ, и къ желудочкамъ, перевязываніе которыхъ нарушало координацію движеній между предсердіями и желудочками. Изслѣдованія были произведены авторомъ на сердцахъ лошади и собаки.

Жукъ (1903), рекомендовавшій для обнаруженія сердечныхъ нервовъ погруженіе сердца въ водный растворъ карболовой кислоты, такъ описываетъ, на основаніи своихъ наблюденій, ходъ нервовъ. „На передней поверхности сердца теленка (рис. А. на стран. 364), на правомъ и на лѣвомъ желудочкахъ, нервы расположены не одинаково. На лѣвомъ желудочкѣ они замѣчаются ниже борозды между предсердіями и желудочками и направляются наискось, пересѣкая вѣнечныя артеріи подъ острымъ угломъ. На протяженіи своемъ многія нервныя волокна вѣтвятся и соединяются съ волокнами сосѣднихъ нервовъ и образуютъ какъ-бы очка сѣти; во многихъ мѣстахъ на мѣстѣ перекрещиванія нервныхъ волоконъ образуются какъ-бы узловыя утолщенія; нѣкоторыя волокна доходятъ до самой верхушки сердца. На передней поверхности праваго желудочка и на боковой его стѣнкѣ направленіе

волоконъ, выходящихъ ниже поперечной борозды, косое, но волокна параллельны между собою. На правомъ желудочкѣ замѣчается больше нервныхъ волоконъ, причемъ одни представляются болѣе толстыми, другія-же тонкими. На задней поверхности (рис. В. стр. 364) праваго желудочка нервныя волокна идутъ косвенно и представляютъ продолженіе переднихъ волоконъ; вблизи продольной борозды встрѣчается нѣсколько волоконъ, идущихъ параллельно бороздѣ. На той-же поверхности лѣваго желудочка волокна расположены вертикально, нѣкоторыя изъ нихъ значительной толщины и перегибаются на переднюю поверхность. Въ общемъ всѣ волокна, наблюдаемыя на поверхности желудочковъ, направляются къ верхушкѣ сердца, причемъ нѣкоторыя изъ нихъ огибаютъ сердце въ видѣ спирали. Нервы не слѣдуютъ ни направленію артерій, ни направленію мышечныхъ волоконъ". На предсердіяхъ и ушкахъ, хотя и удавалось автору видѣть нервныя волокна, но, такъ какъ предсердія подъ вліяніемъ кислоты сильно сокращались, то невозможно было представить себѣ картину распредѣленія нервовъ.

Только-что изложенные примѣры описанія хода нервовъ сердца нѣкоторыхъ животныхъ подтверждаютъ, что до сихъ поръ нѣтъ описанія полнаго и подробнаго. Желаніе хоть сколько-нибудь пополнить этотъ пробѣлъ послужило для меня вторымъ мотивомъ—представить рисунки и описаніе хода нервовъ изслѣдуемаго мною сердца теленка.

Рисунки подъ моимъ постояннымъ наблюденіемъ сдѣланы студентомъ-медикомъ Томскаго Университета С. А Купаловымъ, за что высказываю ему благодарность. Они рисованы были съ натуры. Для нихъ я выбралъ сердце, на которомъ послѣ обработки его карболовымъ растворомъ, очень отчетливо выступали нервы, притомъ въ формѣ, наичаще встрѣчающейся и на другихъ сердцахъ, бывшихъ въ моемъ распоряженіи. Что мой выборъ былъ не безъ удачи, видно изъ того, что мои рисунки, сдѣланные съ натуры и до знакомства съ таблицами Scarpa, оказались въ общемъ сходными съ Scarpa'вскими рисунками сердца теленка. Для сравненія и въ виду рѣдкости и цѣнности таблицъ Scarpa я позволяю себѣ впереди своихъ рисунковъ помѣстить рисунки передней и задней поверхности сердца теленка по Scarpa. (Фиг. III и IV).

Представляемые мною рисунки хода нервовъ по поверхности сердца теленка, конечно во многомъ неудовлетворительны, а рав-

но нижеприводимое описаніе ихъ не исчерпываетъ во всей полнотѣ и съ подробной анатомической точностью хода нервовъ. Рѣшаясь представить рисунки и описаніе ихъ, еще разъ оговорюсь, что спеціально вопросомъ о ходѣ нервовъ сердца не занимался и касаюсь этого вопроса настолько, насколько онъ помогаетъ оріентироваться въ другомъ вопросѣ—о мѣсторасположеніи нервныхъ узловъ.

Приступая къ описанію нервовъ на желудочкахъ сердца теленка, долженъ сказать, что буду описывать ходъ нервовъ по мѣрѣ появленія ихъ изъ-подъ жировой ткани, залегающей въ значительномъ количествѣ въ поперечной бороздѣ и вблизи нея.

Фиг. V представляетъ переднюю поверхность сердца теленка. Присматриваясь внимательно къ нервамъ передней поверхности лѣваго желудочка, можно замѣтить, что они появляются на эту поверхность какъ-бы изъ двухъ главныхъ пунктовъ и имѣютъ различное направленіе. Нервы (*a*, *b*, *c*, *d*, *e*) выходятъ изъ подъ жира, выполняющаго треугольное пространство между верхней частью продольной борозды и поперечной бороздой и при своемъ дальнѣйшемъ ходѣ въ общемъ слѣдуютъ направленію, приблизительно параллельному передней продольной бороздѣ и залегающимъ въ ней кровеноснымъ сосудамъ. Другая часть нервовъ (*f*, *g*, *h*, *i*, *k*, *l*, *m*, *n*, *o*, *p*), идущихъ съ задней поверхности, перегибаясь на разномъ уровнѣ чрезъ край лѣваго желудочка на его переднюю поверхность, принимаетъ здѣсь косвенное направленіе сверху—внизъ и слѣва—направо.

При описаніи отдѣльныхъ нервовъ передней поверхности лѣваго желудочка, начиная отъ передней продольной борозды къ лѣвому краю, прежде всего приходится отмѣтить нервъ (*a*), идущій сверху внизъ по стѣнкѣ коронарнаго сосуда передней продольной борозды. Приблизительно на границѣ средней и нижней трети борозды нервъ истончается и теряется изъ вида. Въ дѣйствительности въ передней продольной бороздѣ залегаетъ и проходитъ не одинъ только этотъ нервъ, а много. Количество и отношеніе ихъ къ кровеноснымъ сосудамъ борозды и ближайшимъ нервамъ передней поверхности лѣваго и праваго желудочковъ крайне разнообразно на разныхъ сердцахъ. Въ общемъ всѣ нервы передней продольной борозды, сопровождая кровеносные сосуды ея, идутъ то около сосудовъ или между ними, то уходятъ подъ нихъ и вмѣстѣ съ ними переходятъ на заднюю поверхность, анастомозируя съ нервами задней продольной борозды.

b—нервъ, ближайшій къ бороздѣ; онъ появляется изъ подъ жира приблизительно въ началѣ средней трети длины лѣваго желудочка, въ началѣ нѣсколько отступаетъ отъ борозды, затѣмъ, дугообразно изгибаясь, приближается къ ней и въ нижней трети идетъ болѣе или менѣе параллельно ей и наконецъ уходитъ на заднюю поверхность. На своемъ пути въ концѣ средней трети длины передней борозды принимаетъ косвенный анастомозъ отъ слѣдующаго нерва (*c*), нѣсколько ниже самъ даетъ къ нему косой анастомозъ, почти въ самой нижней части борозды снова принимаетъ отъ нерва (*c*) еще коротенькій косой анастомозъ и затѣмъ переходитъ на заднюю поверхность. Описанный нервъ сильно варіируетъ въ числѣ и развѣтвленіяхъ, но въ общемъ соотвѣтствующіе ему на прочихъ сердцахъ нервы имѣютъ всюду параллельное бороздѣ направленіе.

Слѣдующій нервъ (*c*) сравнительно толстый и менѣе варіируетъ, чѣмъ другіе. Начавшись выше и еще далѣе залегая отъ борозды, чѣмъ предыдущій, этотъ нервъ на всемъ своемъ протяженіи идетъ въ общемъ параллельно ходу борозды. Въ области верхушки онъ, сохраняя свое общее направленіе, нѣсколько ближе подходитъ къ бороздѣ, чѣмъ въ верхней части своего пути. Начиная приблизительно съ конца средней трети длины лѣваго желудочка, нервъ многократно дѣлится, причемъ одна вѣтвь все время остается какъ-бы продолженіемъ главнаго ствола. Описываемый нервъ сначала отдаетъ на одномъ уровнѣ въ противоположныя стороны двѣ вѣточки. Одна идетъ вправо къ предыдущему нерву (*b*), другая—влѣво, съ которой анастомозируетъ нижеслѣдующій нервъ (*d*). Ниже отъ главнаго ствола отходятъ влѣво еще двѣ вѣточки, соединяющіяся между собою; изъ нихъ верхняя—болѣе длинная, идя параллельно направленію главнаго ствола, вилообразно дѣлится и соединяется съ развѣтвленіями нижеописываемаго нерва (*f*). Почти при переходѣ на заднюю поверхность нервъ (*c*) отпускаетъ вправо еще 2 короткія вѣточки, изъ коихъ верхняя ясно анастомозируетъ съ нервомъ (*b*).

Нервы (*d*) и (*e*), появившись изъ подъ жира выше предыдущаго одинъ надъ другимъ, сначала идутъ косвенно сверху—внизъ справа—налѣво къ срединѣ желудочка и, сдѣлавъ поворотъ внизъ и нѣсколько вправо, спускаются до уровня приблизительно средней трети длины желудочка, гдѣ теряются изъ вида. Нервъ (*d*) какъ-бы не вѣтвится до соединенія его съ верхней—

лѣвой вѣтвью нерва (c). Нервъ (e) даетъ къ нерву (d) три анастомотическія вѣтки, отходящія отъ главнаго ствола уже послѣ крутого загиба его книзу. На мѣстѣ описываемыхъ нервовъ часто наблюдаются не два, а больше нервныхъ стволиковъ, но тогда они тоньше, направленіе-же ихъ въ общемъ всегда соотвѣтствуетъ указанному направленію нервовъ (d) и (e).

Нервъ (f) есть самый длинный и наиболѣе толстый изъ всѣхъ нервовъ передней поверхности лѣваго желудочка. Въ общемъ онъ все время идетъ по срединѣ поверхности лѣваго желудочка, по его самой выпуклой части. Начало его не всегда одинаково. То онъ какъ-бы происходитъ больше отъ нервовъ, выходящихъ изъ угла между поперечной и передней продольной бороздами, то онъ, какъ изображено и у меня на рисункѣ, начинается съ задней поверхности, перегибаясь на переднюю поверхность лѣваго желудочка чрезъ его лѣвый край въ самой верхней части края тотчасъ ниже жира поперечной борозды. Въ послѣднемъ случаѣ, дойдя косвенно отъ края до средины желудочка, онъ принимаетъ вѣтки отъ нервовъ, лежащихъ вправо и выше его на передней поверхности лѣваго желудочка. Отъ мѣста поворота внизъ до средней трети длины желудочка нервъ (f) даетъ по направленію къ лѣвому краю желудочка 3 вѣточки, нижняя изъ которыхъ соединяется вновь съ одною изъ нижерасположенныхъ вѣтвей того же нерва. Въ средней трети нервъ дѣлится на двѣ довольно толстыхъ вѣтви, которыя, идя книзу, какъ продолженіе главнаго ствола, въ области верхушки распадаются на многочисленныя вѣточки, анастомозирующія какъ между собою, такъ и съ сосѣдними нервами. Иногда вмѣсто одного нервнаго ствола (f) имѣются 2—3, которые тогда являются всегда тоньше.

Нервомъ (g) начинается рядъ нервовъ, идущихъ въ лѣвой—краевой области передней поверхности лѣваго желудочка. Нервы эти появляются на его переднюю поверхность съ задней, перегибаясь чрезъ лѣвый край на разныхъ уровняхъ по его длинѣ. Нервъ (g), начавшись въ самой верхней части края тотчасъ ниже нерва (f), дѣлаетъ дугообразный изгибъ выпуклостью внизъ и нѣсколько влѣво и вскорѣ дѣлится на рядъ вѣточекъ. Внутренняя изъ нихъ, имѣя видъ плохонаписанной цифры 5 и дугообразно изгибаясь къ краю, какъ-бы обходитъ три верхнія—лѣвыя вѣточки предыдущаго нерва (f). Вторая внутренняя вѣточка съ косвеннымъ направленіемъ сверху—внизъ и слѣва—направо скоро

подходитъ къ первой вѣточкѣ, соединяется съ ней и такимъ образомъ образуетъ петлю въ формѣ какъ-бы неправильнаго треугольника. Двѣ наружныя вѣточки, соединяясь коротенькимъ анастомозомъ, спускаются вертикально книзу и параллельно лѣвому краю желудочка и анастомозируютъ съ слѣдующимъ нервомъ (*h*). Къ самой наружной вѣточкѣ подходитъ еще нервикъ, также перегибающійся чрезъ край и имѣющій косвенное направленіе сверху—внизъ. Нервъ (*g*) съ его развѣтвленіями, хотя и встрѣчается на всѣхъ сердцахъ, но картина, представляемая его ходомъ и его развѣтвленіями, весьма варіируетъ, иногда даже вмѣсто этого нерва встрѣчается на соотвѣтствующемъ мѣстѣ какъ-бы диффузная петлистая сѣть, какъ это, наприм., изображено на рисункѣ Scarpa (фиг. 3).

Нервъ (*h*), перегнувшись въ концѣ верхней трети длины лѣваго края желудочка на его переднюю поверхность, по послѣдней идетъ косвенно отъ края къ срединѣ желудочка и сверху—внизъ, не достигая верхушки и на всемъ своемъ пути какъ-бы лавируя между развѣтвленіями сосѣднихъ нервовъ (*g*, *f*, *i*, *k*). Кромѣ того въ верхней своей части нервъ (*h*) соединяется съ двумя наружными вѣточками нерва (*g*), а въ нижней—съ верхней—правой вѣточкой нерва (*k*); благодаря этому послѣднему соединенію получается треугольное пространство, которое занимаетъ слѣдующій нервъ (*i*) съ своими вѣтвями.

Нервъ (*i*), какъ уже сказано, располагается въ треугольномъ пространствѣ, образуемомъ косвенно идущимъ нервомъ (*h*) и сливающейся съ нимъ верхней горизонтальной вѣткой нерва (*k*). Нервъ (*i*), появившись на переднюю поверхность нѣсколько ниже предыдущаго нерва (*h*), вскорѣ дѣлится на двѣ вѣтки: наружную, спускающуюся книзу почти въ параллельномъ направленіи съ лѣвымъ краемъ лѣваго желудочка, и внутреннюю, которая въ свою очередь тоже дѣлится на двѣ коротенькихъ вѣточки.

Нервъ (*k*), переходя на переднюю поверхность лѣваго желудочка съ задней его поверхности, спускается косо сверху—внизъ и слѣва—направо отъ лѣваго края лѣваго желудочка къ правому краю того-же желудочка въ области верхушки, гдѣ вновь загибается на заднюю его поверхность. Нервъ этотъ на своемъ пути даетъ 4 боковыхъ вѣтки. Самая верхняя изъ нихъ, почти горизонтальная, о которой было уже сказано, что она, соединяясь съ

нервомъ (*h*), образуетъ въ срединной области лѣваго края желудочка треугольное пространство. Ниже верхней вѣтки отходятъ еще двѣ горизонтальныя коротенькія. За ними книзу отходитъ послѣдняя вѣтка, теряющаяся изъ вида вблизи мѣста, гдѣ кончается нервъ (*h*).

Нервные стволики (*l*, *m*, *n*, *o*, *p*), перегибаясь одинъ подъ другимъ чрезъ лѣвый край лѣваго желудочка въ области его верхушки, какъ-бы спиралевидно огибаютъ ее и заворачиваются на заднюю ея поверхность. Стволики (*l* и *m*) около лѣваго края соединяются короткимъ анастомозомъ, къ срединѣ котораго съ задней поверхности подходитъ еще нервикъ. Кромѣ того стволикъ (*l*) приблизительно на срединѣ передней поверхности верхушки сливается съ стволикомъ (*m*). Нѣсколько ниже только-что указаннаго сліянія стволики (*n*, *o*, *p*) сходятся между собою, образуя узловой пунктъ, отъ котораго отходятъ къ верхушкѣ двѣ дугообразныя вѣточки, скрывающіяся на заднюю поверхность верхушки. Этотъ узловой пунктъ съ отходящими отъ него нервами наблюдался на многихъ обслѣдованныхъ мною сердцахъ приблизительно въ томъ же мѣстѣ и той-же формѣ.

Нервы (*h*, *i*, *k*, *l*, *m*), хотя и представляютъ многочисленныя варіаціи въ своемъ количествѣ, ходѣ и развѣтвленіяхъ, но въ этомъ отношеніи въ общемъ приближаются на разныхъ сердцахъ къ картинѣ, изображаемой на моемъ рисункѣ.

На передней поверхности праваго желудочка такъ-же, какъ и лѣваго, нервы выходятъ изъ 2-хъ мѣстъ. Одни нервы (*q*, *r*, *s*, *t*, *u*) выходятъ изъ подъ жира, залегающаго въ треугольномъ пространствѣ, образуемомъ частью поперечной борозды и верхнимъ отдѣломъ передней продольной борозды, и косвенно сверху—внизъ и слѣва—направо пересѣкаютъ поверхность желудочка. Другіе нервы (*v*, *w*, *y*, *z*) выходятъ изъ подъ жира, выполняющаго краевую область поперечной борозды праваго желудочка и пространство между правымъ ушкомъ и легочной артеріей и сначала идутъ то почти въ вертикальномъ, то въ косомъ направленіяхъ и, сдѣлавъ крутой изгибъ влѣво, поворачиваютъ книзу—вправо и принимаютъ, какъ и первые нервы, сходное направленіе, а именно всѣ идутъ къ правому краю праваго желудочка въ общемъ болѣе или менѣе параллельно другъ къ другу и чрезъ край перегибаются на заднюю поверхность.

Близлежащій къ бороздѣ нервъ (*q*) на рисункѣ изображенъ не совсѣмъ правильно. На самомъ дѣлѣ нервъ этотъ идетъ па-

раллельно направленію борозды. Въ началѣ нижней трети желу дочка онъ начинаетъ вѣтвиться. Первая вѣтвь отходитъ вправо и вступаетъ въ соединеніе съ развѣтвленіями нервовъ (*s* и *t*). Нѣсколько ниже нервъ (*q*) распадается на 3 вѣтки. Одна заходитъ на сосуды передней борозды и здѣсь теряется изъ вида. Другая идетъ близко къ бороздѣ и около нея-же загибается на заднюю поверхность. Третья косвенно спускается для соединенія съ вѣтвями нервовъ (*s* и *t*). Между двумя послѣдними вѣтками описываемаго нерва наблюдаются кососходящіеся короткіе анастомозы, дающіе отъ своего сліянія вѣточку, доходящую до края желудочка и скрывающуюся на заднюю поверхность.

Буквой (*r*) обозначаю два короткихъ нерва, немного выше предыдущаго нерва (*q*) выходящихъ изъ подъ жира, имѣющихъ дугообразное направленіе, располагающихся въ пространствѣ между нервомъ (*q*) и нервами (*s* и *t*) и оканчивающихся на передней поверхности средней трети праваго желудочка. Число и направленіе этихъ нервовъ на различныхъ сердцахъ разнообразно. Обычно они не идутъ особнякомъ, а вступаютъ въ соединенія съ сосѣдними нервами и тогда бываетъ трудно прослѣдить ходъ ихъ до конца.

Нервы (*s* и *t*), по выходѣ изъ подъ жира выше предыдущихъ двухъ, въ началѣ сравнительно толстые, скоро подъ острымъ угломъ сливаются и даютъ одинъ стволъ, который приблизительно на серединѣ передней поверхности праваго желудочка дѣлится на вѣтви, которыя въ свою очередь на разныхъ уровняхъ обильно и разнообразно развѣтвляются на рядъ вѣточекъ, образующихъ массу петель, въ общемъ занимающихъ краевую область всей нижней трети праваго желудочка. Въ виду густоты и разнообразія сплетеній въ указанномъ мѣстѣ, не представляется никакой возможности точно зарисовать и описать ихъ.

Нервъ (*u*) идетъ въ промежуточномъ пространствѣ между нервами (*s* и *t*) и нервомъ (*v*). Дойдя до начала средней трети длины желудочка, нервъ (*u*) дѣлится на двѣ вѣтки. Внутренняя —лѣвая изъ нихъ на серединѣ желудочка анастомозируетъ съ вѣткой нерва (*t*), происходящей отъ него выше мѣста слiянія его съ нервомъ (*s*). Наружная—правая вѣтка, спустившись почти до края желудочка, въ средней его трети вступаетъ въ соединеніе съ развѣтвленіями послѣдующаго нерва (*v*).

Нервомъ (*v*) начинается рядъ нервовъ, выходящихъ на переднюю поверхность праваго желудочка изъ подъ жира, выполняю-

щаго краевую часть поперечной борозды и пространство между правымъ ушкомъ и выходомъ легочной артеріи. Нервъ (*v*) сначала идетъ вертикально сверху-внизъ, потомъ, сдѣлавъ крутой изгибъ, направляется въ противоположную сторону справа—налѣво, представляя такимъ образомъ своимъ ходомъ фигуру открытаго кверху треугольника, внутри котораго между сторонами его проходятъ еще вѣточки. Образовавъ треугольникъ, нервъ (*v*) также круто поворачиваетъ книзу и распадается на вѣточки, которыя, идя параллельно другъ другу и въ общемъ волнообразно изгибаясь, спускаются по срединѣ поверхности желудочка въ косвенномъ направленіи отъ угла между поперечной и продольной бороздами къ средней трети праваго желудочковаго края, чрезъ который перегибаются на заднюю поверхность сердца. На своемъ протяженіи эти вѣточки даютъ между собою анастомозы.

Нервъ (*w*)—сравнительно толстый—сначала направляется косо сверху—внизъ и справа—налѣво, отдавая короткую вѣтку влѣво къ верхушкѣ вышеописаннаго треугольника на пути предыдущаго нерва (*v*). Немного ниже нервъ (*w*) дѣлится на двѣ вѣтви. Внутренняя—лѣвая изъ нихъ, составляя какъ-бы продолженіе главнаго ствола, также скоро дѣлится на вѣточки, которыя, сдѣлавъ изгибъ почти подъ прямымъ угломъ по отношенію къ направленію главнаго ствола нерва (*w*), идутъ дальше косвенно книзу и параллельно ходу вѣточекъ прочихъ близлежащихъ нервовъ. Наружная вѣтвь нерва (*w*) недалеко отъ мѣста своего отхожденія отъ главнаго ствола распадается на двѣ вѣточки, косвенно идущія къ средней трети праваго края праваго желудочка. Такимъ образомъ средняя треть края праваго желудочка заполняется конечными вѣточками нервовъ (*v* и *w*), которыя между собою косо анастомозируютъ.

Слѣдующій нервъ (*y*) имѣетъ въ отношеніи длинной оси желудочковъ сердца вертикальное направленіе. Вскорѣ послѣ выхода изъ поръ жира нервъ (*y*) отпускаетъ вѣточку, которая, сдѣлавъ небольшую дугу, пересѣкаетъ главный стволъ и направляется къ краю праваго желудочка. Другая нижеотходящая вѣточка и продолженіе самаго нерва (*y*) идутъ также косвенно къ краю желудочка. Вся верхняя треть края праваго желудочка занята конечными вѣточками нерва (*y*) и слѣдующихъ нервовъ (*z*).

Послѣдніе два нерва (*z*) очень коротки въ своемъ протяженіи передней поверхности праваго желудочка, такъ какъ почти

подъ самымъ жиромъ поперечной борозды перегибаются на заднюю поверхность сердца.

Фиг. VI представляетъ заднюю поверхность сердца теленка.

Нервы задней поверхности лѣваго желудочка, выходя изъ подъ жира поперечной борозды недалеко другъ отъ друга, въ общемъ направляются всѣ косвенно сверху—внизъ и справа—налѣво, пересѣкаютъ сказанную поверхность лѣваго желудочка и, перегибаясь чрезъ его лѣвый край, переходятъ на его переднюю поверхность, давая начало тѣмъ нервамъ, которые располагаются въ краевой области передней поверхности лѣваго желудочка.

Не отмѣчая буквами нервовъ задней продольной борозды и нервовъ, проходящихъ близъ нея, которые, начинаясь или на поверхности праваго желудочка и перегибаясь затѣмъ чрезъ сосуды борозды на поверхность лѣваго желудочка, или начинаясь прямо на послѣднемъ, въ общемъ многочисленны, спускаются до нижней трети длины борозды и на этомъ уровнѣ или соединяются съ нервами праваго желудочка, начинающими съ этого мѣста пересѣкать заднюю борозду, или спускаются въ область верхушки, гдѣ участвуютъ въ образованіи на ней густопетлистыхъ сплетеній.

Описаніе отдѣльныхъ нервовъ задней поверхности лѣваго желудочка начну съ нерва (*a*), который по выходѣ изъ подъ жира въ видѣ одного ствола, слегка изгибается въ сторону борозды, слѣдуя ея направленію. Этотъ изгибъ на рисункѣ не изображенъ. На срединѣ длины желудочка нервъ дѣлится на двѣ вѣтви, которыя, немного не доходя до края желудочка, вновь сливаются и даютъ одинъ стволикъ, перегибающійся чрезъ лѣвый край лѣваго желудочка въ области верхушки.

Подъ буквой (*b*) выходятъ два сравнительно толстыхъ нерва, которые, сходясь подъ острымъ угломъ, образуютъ одинъ стволъ. Этотъ стволъ слегка изогнутой дугой въ сторону борозды спускается приблизительно до средины длины желудочка, гдѣ дѣлится на двѣ вѣтви. Наружная—лѣвая изъ нихъ, изогнувшись нѣсколько въ сторону, противоположную изгибу главнаго ствола, доходитъ до края лѣваго желудочка. Внутренняя—правая вѣтвь, изгибаясь въ сторону борозды круче изгиба главнаго ствола, не доходитъ до края и даетъ побочную вѣточку вправо, которая, соединившись съ такой-же побочной вѣточкой вѣтви нерва (*a*),

образуетъ нервный стволикъ, уходящій чрезъ край на переднюю поверхность.

Нервъ (*c*), по выходѣ изъ подъ жира въ видѣ короткой дуги, скоро распадается на расходящіяся въ разныя стороны длинныя вѣтви. Внутренняя—правая изъ нихъ, дугообразно изгибаясь въ сторону борозды, не доходитъ до края желудочка и, дѣлясь на 2 короткія вѣточки, скрывается въ толщѣ ткани эпикарда. Наружная—лѣвая вѣтвь, изогнушись полого влѣво, косвенно спускается къ краю желудочка, гдѣ анастомозируетъ съ слѣдующимъ нервомъ (*d*). Отъ этой лѣвой вѣтви отходитъ вправо побочная вѣточка, ложащаяся между 2-мя главными вѣтвями нерва (*c*).

Нервы (*d*, *e*, *f*, *g*), занимая среднюю часть задней поверхности лѣваго желудочка, въ общемъ идутъ всѣ косвенно сверху—внизъ и справа—налѣво къ лѣвому краю описываемаго желудочка, гдѣ и переходятъ на его-же переднюю поверхность. При своемъ ходѣ по задней поверхности эти нервы даютъ лишь скудное количество анастомотическихъ вѣтвей. Въ частности слѣдуетъ отмѣтить, что нервъ (*d*), анастомозируя съ наружной вѣтвью нерва (*c*), образуетъ одну общую вѣточку, перегибающуюся чрезъ лѣвый край задней поверхности даннаго желудочка. Затѣмъ, какъ нервы (*d* и *e*), такъ нервы (*e* и *f*) недалеко отъ сказаннаго края соединяются короткими противоположнаго направленія косыми анастомозами. Наконецъ нервъ (*g*) начинается двумя стволиками, которые ниже сливаются между собою подъ острымъ угломъ въ одинъ общій стволъ.

Нервъ (*h*), повторяя направленіе сосѣднихъ нервовъ, въ началѣ очень толстый, книзу истончается и, не доходя до края желудочка, теряется изъ вида, уходя въ глубину эпикардія.

Нервъ (*i*), начавшись двумя короткими стволами, соединяющимися ниже снова въ одинъ, скоро дѣлится на двѣ вѣтви, дающія между собою многочисленные анастомозы, образующіе своей совокупностью густое сѣтчатое сплетеніе, часть котораго въ видѣ одной косой вѣточки, идущей вправо, служитъ для соединенія описываемаго нерва съ предыдущимъ нервомъ (*h*). Развѣтвленія нерва (*i*) спускаются до края лѣваго желудочка.

Нервъ (*k*) задней поверхности лѣваго желудочка—коротокъ и располагается между развѣтвленіями предыдущаго нерва (*i*) и краевымъ сосудомъ, теряясь изъ вида въ толщѣ экзокарда. За этимъ нервомъ идетъ еще одинъ, самый краевой нервный ство-

ликъ, который перегибается вскорѣ съ разбираемой поверхности лѣваго желудочка на его переднюю поверхность.

Въ общемъ нервы (*h*, *i*, *k*) съ своими вѣтвями занимаютъ наружную область задней поверхности лѣваго желудочка.

Нервы праваго желудочка появляются на его задней поверхности большею частью съ его передней поверхности, перегибаясь на разномъ разстояніи другъ отъ друга чрезъ его край. Исключеніе представляетъ незначительное число нервовъ, идущихъ по задней поверхности праваго желудочка около задней продольной борозды и появляющихся изъ подъ жира, залегающаго въ треугольномъ пространствѣ между поперечной и верхнею частью задней продольной бороздъ. Нервы имѣютъ въ общемъ косвенное направленіе сверху—внизъ и справа—налѣво, въ нижней трети борозды пересѣкаютъ ее и кровеносные сосуды, въ ней заложенные, и спускаются на верхушку, гдѣ образуютъ рядъ сплетеній.

Тотчасъ подъ жиромъ въ треугольномъ пространствѣ между поперечной и верхнею частью задней продольной бороздъ залегаетъ сложное по формѣ сплетеніе нервовъ (*l*). Оно образуется тремя нервными стволиками, выходящими изъ подъ жира, изъ которыхъ одинъ выходитъ слѣва, другой—справа и третій является среднимъ между ними, отдающимъ къ первымъ двумъ краевымъ стволикамъ соединительныя вѣточки, отчего получается петля въ формѣ маленькаго ромба. Съ продолженіемъ нижняго угла этого ромба соединяется еще подходящій справа стволикъ, дѣлящійся вскорѣ на двѣ вѣтви: верхнюю—короткую, дугообразно изгибающуюся кверху и скоро теряющуюся въ жиру задней продольной борозды и нижнюю, идущую косвенно книзу до соединенія съ вѣтвью нерва (*m*).

Нервъ (*m*) одинъ изъ толстыхъ и длинныхъ нервовъ задней поверхности праваго желудочка. Показавшись изъ подъ жира поперечной борозды въ части ея, близкой къ краю праваго желудочка, нервъ (*m*) въ косвенно-дугообразномъ направленіи справа —налѣво идетъ къ задней продольной бороздѣ и дѣлится сначала на двѣ главныхъ вѣтви. Одна изъ нихъ, какъ-бы составляя по свой толщинѣ продолженіе главнаго ствола, направляется вправо къ сказанной бороздѣ и круто поворачиваетъ книзу, принимая направленіе, параллельное бороздѣ. Приблизительно на срединѣ длины праваго желудочка эта вѣтвь вторично дѣлится

на двѣ вѣтви. Внутренняя—лѣвая изъ нихъ идетъ первоначально около задней продольной борозды, затѣмъ, въ нижней трети праваго желудочка снова дѣлясь, пересѣкаетъ указанную борозду и спускается на верхушку, гдѣ, продолжая повторно дѣлиться и вступая въ связь съ сосѣдними нервами, участвуетъ въ образованіи густого многопетлистаго сплетенія задней поверхности верхушки. Наружная—правая вѣтвь, образовавъ дугу въ сторону праваго края желудочка, неподалеку отъ задней продольной борозды отдаетъ короткую вѣточку, идущую параллельно направленію этой борозды и, по отдачѣ ея, сама снова дѣлится на вѣтви, участвующія въ образованіи верхушечнаго сплетенія. Вторая главная вѣтвь сначала принимаетъ вертикальное направленіе, а потомъ постепенно поворачиваетъ къ задней продольной бороздѣ, соединяясь съ наружной правой вѣткой первой главной вѣтви.

Нервъ (*n*) начинается довольно толстымъ стволомъ въ самой верхней части края праваго желудочка и скоро распадается на многочисленныя вѣточки, которыя въ различныхъ косыхъ направленіяхъ спускаются до средины поверхности праваго желудочка и здѣсь теряются изъ вида. Описывать отдѣльно каждую изъ нихъ я не буду изъ за ихъ значительнаго разнообразія въ числѣ, распредѣленіи и направленіи на разныхъ сердцахъ.

Нервы (*o* и *p*), въ средней трети края праваго желудочка переходя съ передней поверхности этого желудочка на заднюю, по послѣдней идутъ косвенно сверху—внизъ и справа—налѣво, нѣсколько волнообразно изгибаясь и не доходя до задней продольной борозды. Кромѣ того нервъ (*o*) дѣлится на двѣ вѣтки.

Какъ нервы (*q* и *r*), такъ и нервы (*s* и *t*), перегибаясь чрезъ нижнюю треть края праваго желудочка одинъ за другимъ, идутъ косвенно сверху—внизъ и справа—налѣво и на мѣстѣ пересѣченія ими задней продольной борозды соединяются между собою попарно, образуя каждою смежною парою по одному стволику, которые на срединѣ задней поверхности верхушки подъ острымъ угломъ сливаются между собою. Изъ этого мѣста сліянія, какъ-бы узлового пункта, выходятъ внизъ двѣ вѣточки, анастомозирующія съ одной стороны съ конечными развѣтвленіями нерва (*m*), съ другой—участвуя въ образованіи сплетенія въ самой конечной части верхушки.

Нервъ (*u*) представляетъ коротенькій стволикъ, заходящій на заднюю поверхность верхушки съ передней его поверхности и

въ видѣ слегка выгнутой кверху дуги проходитъ по конечной части верхушки. Соединеніе этого нерва съ развѣтвленіями только-что описанныхъ выше нервовъ образуетъ вышеупомянутое нервное сплетеніе, занимающее самый конечный пунктъ верхушки.

Заканчивая описаніе рисунковъ хода нервовъ по поверхности сердца теленка, долженъ сказать, что на рисункахъ во многихъ мѣстахъ ходъ нервовъ изображенъ слишкомъ прямолинейно, на самомъ дѣлѣ нервы такъ прямолинейно никогда не идутъ, а всегда болѣе или менѣе извилисто. Кромѣ того большинство нервовъ, по выходѣ ихъ на поверхность желудочковъ сердца изъ подъ жира бороздъ, представляются толстыми стволами, истончающимися сверху внизъ то постепенно, то иногда вдругъ и рѣзко. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ нервный стволъ отпускаетъ вѣтви въ глубину сердечной мускулатуры и его продолженіе по поверхности сердца является въ видѣ быстро утратившей толщину вѣтви. Мѣстъ, гдѣ можно ясно наблюдать углубленіе нервовъ въ толщу міокарда, на поверхности сердца много, но они на приложенныхъ рисункахъ не изображены. Наконецъ, въ дѣйствительности нервы оплетаютъ поверхность сердца теленка въ значительно большемъ количествѣ, чѣмъ это изображено на моихъ рисункахъ.

Кромѣ хода поверхностныхъ нервовъ въ желудочкахъ сердца теленка, я изслѣдовалъ и даже зарисовалъ ходъ таковыхъ-же нервовъ въ сердцѣ барана—на всей задней поверхности желудочковъ, а на передней—только въ области верхушки. Въ этомъ отношеніи предметомъ моего изслѣдованія точно также служило и сердце человѣка. Но въ виду незначительности указаннаго матеріала и недостаточной его обработки, оставляю его объектомъ для дальнѣйшихъ моихъ изслѣдованій.

VI.

МѢСТОРАСПОЛОЖЕНІЕ НЕРВНЫХЪ УЗЛОВЪ ВЪ ЖЕЛУДОЧКАХЪ СЕРДЦА ТЕЛЕНКА.

Положивъ въ основу топографическаго распредѣленія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца теленка ходъ и расположеніе на нихъ нервовъ, такимъ образомъ для опредѣленія мѣстонахожденія узловъ мнѣ нужно было на поверхности желудочковъ различныхъ сердецъ прежде всего отыскать мѣста, сходныя по картинѣ расположенія нервовъ. Въ виду того, что сердца бра-

лись отъ телятъ разнаго возраста и, значитъ, нервы на желудочкахъ ихъ не могли имѣть строго одинаковой картины расположенія и еще въ виду того, что нервы сердца теленка вообще сильно варіируютъ въ своемъ числѣ и направленіи, — находить сходныя по картинѣ расположенія нервовъ мѣста на желудочкахъ различныхъ сердецъ сказаннаго животнаго было не легко и требовало не мало времени.

Сходныхъ по картинѣ расположенія нервовъ мѣстъ, послужившихъ для опредѣленія присутствія въ нихъ нервныхъ узловъ, на всей поверхности желудочковъ различныхъ сердецъ теленка мною обслѣдовано 53. Изъ нихъ 17 мѣстъ – на передней поверхности лѣваго желудочка, 10—на той-же поверхности праваго желудочка, 11—на задней поверхности лѣваго желудочка, 10—на той-же поверхности праваго желудочка, 3—въ нижней трети передней продольной борозды и 2—въ нижней и переходной части задней продольной борозды. Мѣста, въ которыхъ были находимы нервные узлы, закрашены на рисункахъ красной краской. Синей краской обозначены мѣста, въ которыхъ нервные узлы мною не наблюдались. Послѣднихъ мѣстъ изъ всѣхъ 53 оказалось 9 на всей поверхности желудочковъ, причемъ 4—на передней поверхности лѣваго желудочка, 3—на той-же поверхности праваго желудочка и 2—на задней поверхности праваго желудочка. Каждое мѣсто изслѣдовалось въ среднемъ на 6—8 сердцахъ.

Послѣ тщательнаго сравненія поверхности желудочковъ многихъ сердецъ и опредѣленія на нихъ сходныхъ, по картинѣ расположенія и хода нервовъ, мѣстъ, изъ послѣднихъ я вырѣзалъ кусочки для микроскопическаго изслѣдованія. Изъ всѣхъ 53 мѣстъ взято для изслѣдованія около 421 кусочка. Изъ каждаго кусочка сдѣлано въ среднемъ около 50 срѣзовъ. Всѣхъ срѣзовъ мною сдѣлано около 20.600. Всѣ вышеприведенныя среднія цифры значительно уменьшены противъ дѣйствительности, потому, что въ началѣ работы я не велъ точной регистраціи кусочковъ и срѣзовъ.

Теперь, если принять во вниманіе предварительное изученіе хода и расположенія нервовъ на желудочкахъ не одного десятка (30 шт.) телячьихъ сердецъ, нахожденіе сходныхъ по картинѣ расположенія нервовъ мѣстъ (53), вырѣзываніе и обработку для заключенія въ параффинъ кусочковъ (421), приготовленіе изъ кусочковъ послѣдовательныхъ срѣзовъ (20.600), обработку, окраши-

ваніе и внимательный просмотръ ихъ,—то изъ всего этого не трудно представить, сколько пришлось употребить труда и времени, чтобы такъ или иначе составить себѣ общее представленіе о мѣсторасположеніи хотя-бы части нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца теленка.

Описаніе мѣстъ, изслѣдованныхъ на присутствіе въ нихъ нервныхъ узловъ, начну съ передней поверхности и именно лѣваго желудочка (фиг. VII) въ порядкѣ сверху внизъ, т. е. отъ поперечной борозды къ верхушкѣ, и буду обозначать мѣста цифрами, поставленными впереди описанія мѣстъ.

1. Это мѣсто представляетъ развѣтвленіе нерва (*g*) на передней поверхности лѣваго желудочка, изслѣдовалось оно на 8 сердцахъ. Въ виду того, что развѣтвленія нерва (*g*) сравнительно обширно, то изъ каждаго сердца соотвѣтственно мѣсту этого развѣтвленія было вырѣзано нѣсколько кусочковъ. Нервные узлы наблюдались въ 4 сердцахъ. На препаратахъ изъ кусочковъ одного сердца пришлось видѣть до 7 отдѣльныхъ нервныхъ узловъ, состоящихъ изъ $16-11-6_2-5-3_2$ нервныхъ клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. При счетѣ нервныхъ клѣтокъ въ каждомъ узлѣ я ограничился сосчитываніемъ этихъ образованій въ томъ срѣзѣ, въ которомъ находилось наибольшее ихъ число въ сравненіи со всѣми прочими срѣзами изъ даннаго узла. Срѣзъ съ наибольшимъ количествомъ клѣтокъ, при дальнѣйшемъ изложеніи, буду называть условнымъ терминомъ „главный". Маленькія цифры, поставленныя внизу около крупныхъ цифръ, обозначаютъ, что съ такимъ количествомъ (крупн. цифр.) нервныхъ клѣтокъ узлы встрѣчались столько-то разъ (мал. ц.) На препаратахъ изъ другого сердца попались 2 узла въ 12—9 нервныхъ клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Въ третьемъ сердцѣ—1 узелъ въ 10 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ и 2 раза по 2 нервныхъ клѣтки. Въ четвертомъ сердцѣ наблюдалъ только отдѣльныя нервныя клѣтки. Большинство узловъ располагалось въ сторонѣ отъ сосудовъ и нервныхъ стволовъ. Встрѣчались узлы и въ соединительнотканныхъ прослойкахъ поверхностныхъ слоевъ міокарда.

2. Изслѣдовалось мѣсто выхода изъ подъ жира передней борозды нервовъ (*b* и *c*). Въ зависимости отъ того, располагался-ли жиръ борозды выше или ниже, мѣсто выхода указанныхъ нервовъ было непостоянно, а потому для изслѣдованія этого мѣста я воспользовался только 3 сердцами. Изъ нихъ лишь въ одномъ

найденъ 1 узелокъ въ 3 клѣтки въ главномъ срѣзѣ и затѣмъ нѣсколько одиночныхъ нервныхъ клѣтокъ.

3. Для изслѣдованія брались нервы (*d* и *e*) и именно то мѣсто ихъ хода, гдѣ они анастомозируютъ. Это мѣсто изслѣдовалось на 6 сердцахъ, изъ нихъ узлы наблюдались въ 2-хъ. Въ одномъ сердцѣ пришлось видѣть 5 нервныхъ узловъ. 3 узла въ 12_2 —4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ располагались внѣ нервныхъ стволовъ; 2 узла были въ 10 и меньше клѣтокъ на таковомъ-же же срѣзѣ, причемъ нервныя клѣтки залегали въ толщѣ нервныхъ стволовъ. Въ другомъ сердцѣ встрѣтилось тоже 5 узловъ и также 3 узла въ 20—8—7 клѣтокъ внѣ нервовъ и 2 узла въ 7 и меньше клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, залегавшихъ среди волоконъ нервныхъ стволиковъ. Узелъ въ 20 клѣтокъ залегалъ довольно глубоко въ соединительнотканныхъ прослойкахъ поверхностныхъ слоевъ міокарда приблизительно на 320 микро отъ наружной поверхности желудочка.

4. Изслѣдовалось мѣсто дѣленія нерва (*f*) на двѣ болѣе толстыхъ вѣтви съ мѣстомъ отхожденія выше этого дѣленія дугообразной его вѣтви—анастомоза на 6 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ 4-хъ. Въ одномъ сердцѣ—9 узловъ, изъ нихъ 5 въ сторонѣ отъ сосудовъ и нервовъ и 4 на протяженіи нервовъ. Узлы средней величины въ 17 -12—8—6 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Много попадалось нервныхъ клѣтокъ по 2 и 1. Въ другомъ сердцѣ—2 узла въ 7 и меньше клѣтокъ внѣ нервовъ. Въ третьемъ сердцѣ—2 узла внѣ нервовъ и 1—по ходу нерва. Величина узловъ небольшая въ 5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Въ четвертомъ сердцѣ—еще меньшіе 2 узла въ 3 клѣтки и одиночныя нервныя клѣтки.

5. Мѣсто развѣтвленія нерва (*i*) и соотвѣтственно этому развѣтвленію часть мимопроходящаго нерва (*h*) изслѣдовалось на 8 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ каждомъ. Въ одномъ сердцѣ—15 узловъ внѣ нервовъ; нѣсколько узловъ въ 17 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, нѣкоторые изъ нихъ залегали въ прослойкахъ міокарда. Въ другомъ 5 узловъ, изъ нихъ 3 по ходу нервовъ и 2—внѣ нерьвовъ. Узлы небольшіе, много отдѣльныхъ нервныхъ клѣтокъ. Въ третьемъ сердцѣ—14 узловъ, изъ нихъ 8 по ходу нервовъ—въ томъ числѣ 2—въ 14 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, другіе—6 узловъ, больше по величинѣ до 25 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, лежали внѣ нервовъ. Нѣкоторые изъ узловъ на-

ходились глубоко въ соединительной ткани міокарда. Въ четвертомъ сердцѣ—4 узла, по 25—10 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, внѣ нервовъ и далеко отъ сосудовъ. Въ пятомъ сердцѣ—5 узловъ по 10—15 клѣтокъ, внѣ нервовъ, одинъ изъ узловъ залегалъ среди интерстиціальной ткани мускулатуры. По ходу нервовъ среди ихъ волоконъ встрѣчались отдѣльныя нервныя клѣтки. Въ шестомъ сердцѣ—3 небольшихъ узла внѣ нервовъ по 5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Въ седьмомъ—немного небольшихъ узловъ. Въ восьмомъ—4 узла, небольшіе, по 5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

6. Мѣсто, гдѣ нервъ (*c*) впервые отдаетъ двѣ вѣточки въ противоположныя стороны, гдѣ съ наружной вѣточкой соединяется конецъ нерва (*d*) и недалеко отъ нея кончается нервъ (*e*). Изъ 3-хъ изслѣдованныхъ сердецъ узлы ни въ одномъ не найдены.

7. Мѣсто, гдѣ нервъ (*b*) принимаетъ анастомозъ нерва (*c*), изслѣдовалось на 7 сердцахъ; изъ нихъ узлы найдены лишь въ одномъ, а именно 14 узловъ въ 17—15—12—9—8—7_2—6_5—4—3 на главномъ срѣзѣ и отдѣльныя нервныя клѣтки. Узлы залегали на разной глубинѣ въ толщѣ эпикарда и поверхностныхъ слоевъ міокарда, доходя иногда до 600 микро въ глубину.

8. Мѣсто—рядомъ съ предыдущимъ и тотчасъ ниже мѣста 6-го, гдѣ нервъ (*c*) отдаетъ вторую побочную наружную (лѣвую) вѣтвь и гдѣ продолжается также и первая его наружная вѣтвь. Узлы не найдены ни въ одномъ изъ 3-хъ изслѣдованныхъ сердецъ.

9. Мѣсто—рядомъ съ предыдущимъ, гдѣ вѣтви нерва (*f*) соединяются между собою косымъ анастомозомъ. Въ 4-хъ изслѣдованныхъ сердцахъ—узловъ и клѣтокъ здѣсь не наблюдалось.

10. Мѣсто соединенія нерва (*h*) съ горизонтальной верхней—правой вѣточкой нерва (*i*) изслѣдовалось на 6 сердцахъ, изъ нихъ въ 2-хъ встрѣтились нервные узлы. Въ одномъ—1 узелъ въ 10 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ и нервныя клѣтки по 2 и 1-й Въ другомъ сердцѣ—лишь одиночныя нервныя клѣтки.

11. Мѣсто около лѣваго края лѣваго желудочка съ нервомъ (*k*) и отхожденіемъ отъ него первыхъ трехъ его вѣточекъ изслѣдовалось на 3 сердцахъ, изъ нихъ въ двухъ узлы найдены. Въ одномъ—4 узла по 10—9—6—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ, причемъ 2 послѣднихъ узла по ходу нервовъ. Въ другомъ сердцѣ—2 узла въ 8—4 нервныхъ клѣтки въ главномъ срѣзѣ и отдѣльныя клѣтки.

12. Мѣсто, гдѣ вѣточки нерва (*c*) соединяются между собою и съ внутренней длинной (правой) вѣтвью нерва (*f*), изслѣдовалось не менѣе, чѣмъ на 3-хъ сердцахъ, изъ которыхъ въ одномъ найдены нервные узлы.

13. Въ мѣстѣ, лежащемъ рядомъ съ предыдущимъ, гдѣ развѣтвляется длинная наружная (лѣвая) вѣтвь нерва (*f*), при изслѣдованіи на 4 сердцахъ нервныхъ узловъ не наблюдалось.

14. Изслѣдовались на 5 сердцахъ нервы (*l* и *m*) въ мѣстѣ около края лѣваго желудочка, гдѣ эти нервы соединяются вертикальнымъ короткимъ анастомозомъ, къ которому отъ края подходитъ еще нервный стволикъ. На одномъ сердцѣ найдены 2 нервныхъ узла въ 16—7 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, въ другомъ —отдѣльныя нервныя клѣтки, а въ остальныхъ 3-хъ сердцахъ узловъ здѣсь не найдено.

15. Мѣсто приблизительно на срединѣ передней поверхности верхушки, гдѣ соединяются нервы (*l* и *m*) и гдѣ выше указаннаго пункта проходитъ нервъ (*k*) изслѣдовалось на 3-хъ сердцахъ, изъ нихъ узлы были найдены только въ одномъ сердцѣ, а именно—16 узловъ въ 16—14—10—8_3—7_2—6_2—4_3—3_3 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ и 2 раза по 2 клѣтки.

16. Мѣсто ниже предыдущаго и рядомъ съ нимъ, гдѣ на верхушкѣ три нервныхъ стволика (*n*, *o*, *p*) соединяются вмѣстѣ и изъ узлового соединенія отпускаютъ двѣ дугообразныя вѣточки, изслѣдовалось на 11 сердцахъ, изъ нихъ узлы и клѣтки наблюдались въ трехъ. Въ одномъ—6 узловъ въ 11—10—5—4_2—3, въ другомъ—2 узла въ 25—8 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ и въ третьемъ—одиночныя клѣтки.

17. Мѣсто около самой нижней части передней продольной борозды съ обильнымъ сплетеніемъ вѣточекъ многихъ нервовъ, главнымъ же образомъ нерва (*f*). Въ трехъ изслѣдованныхъ сердцахъ узлы найдены здѣсь въ большомъ количествѣ. Въ одномъ—13 узловъ въ 25—24—20—17—14—12—7—6—4_3—3_2 клѣтокъ; въ другомъ—12 узловъ въ 40—25—21—20—16—15_2—10—8—7—6—3 клѣтокъ и въ третьемъ—8 узловъ въ 16—15—10—8—6—4_3 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

Нижеслѣдующія (18, 19 и 20) мѣста представляютъ три смежныхъ части нижней трети передней продольной борозды и изслѣдовались на 9 сердцахъ.

18. Узлы найдены здѣсь во всѣхъ 9 сердцахъ въ количествѣ—20—15—14—11—10—7—5—4—3. Большинство узловъ средней величины въ 12—10—8—6 нервныхъ клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Нерѣдко узлы располагались здѣсь около сосудовъ или между ними.

19. Во всѣхъ 9 сердцахъ узлы найдены въ въ количествѣ 23—20—17—14—9—5—4—1 и въ одномъ сердцѣ отдѣльныя нервныя клѣтки. Въ этомъ мѣстѣ наблюдались довольно большіе узлы до 100—50 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, много узловъ въ 20—15 клѣтокъ, а большинство узловъ въ 10—8—6—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ.

20. Изъ 9 сердецъ узлы наблюдались въ 5 въ количествѣ—20—19—18—4—1. Нерѣдко встрѣчались узлы въ 50—30—25 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Большинство узловъ средней величины въ 20—15—8—6 клѣтокъ. Многіе изъ узловъ располагались около сосудовъ, а равно и вдали отъ нихъ въ прослойкахъ соединительной ткани между мышцами.

21. На передней поверхности праваго желудочка мѣсто соединенія нервовъ (*s* и *t*), образованіе ими одного ствола и отхожденія отъ нерва (*t*) вѣточки, скоро дѣлящейся,—изслѣдовалось на 4 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ трехъ. Въ одномъ—4 узла въ 12—10—6—5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, кромѣ того часто попадались скопленія въ 7—10 нервныхъ клѣтокъ по ходу нервовъ. Въ другомъ—2 узла внѣ нервовъ въ 6—3 клѣтки въ главномъ срѣзѣ и 4 раза наблюдалось скопленіе клѣтокъ въ толщѣ нервовъ. Въ третьемъ—3 маленькихъ узелка въ 3 клѣтки и нѣсколько одиночныхъ нервныхъ клѣтокъ.

22. Мѣсто дѣленія на двѣ вѣтви образованнаго нервами (*s* и *t*) общаго ствола и рядомъ располагающагося соединенія вѣточки нерва (*t*) и вѣточки нерва (*u*)—изслѣдовалось на 9 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ 5-ти. Въ одномъ—6 узловъ въ 9—8—7—5—4 клѣтокъ; въ другомъ—одинъ узелъ въ 8 клѣтокъ; въ третьемъ—одинъ узелъ въ 4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ и одиночныя нервныя клѣтки; въ четвертомъ и пятомъ лишь отдѣльныя нервныя клѣтки.

23. Мѣсто, лежащее ниже предыдущаго, заключаетъ развѣтвленія главнымъ образомъ наружной вѣтви ствола, образованнаго нервами (*s* и *t*) съ подходящей къ этому развѣтвленію вѣточкой нерва (*u*)—изслѣдовалось на 4 сердцахъ, въ которыхъ ни въ одномъ узловъ не найдено.

24. Мѣсто, гдѣ нервъ (*v*) на своемъ пути образуетъ треугольной формы излучину, подъ которой проходитъ нервъ (*w*)—изслѣдовалось на нѣсколькихъ сердцахъ, изъ которыхъ ни въ одномъ узловъ не найдено.

25. Мѣсто крутого поворота внизъ вѣтвей нерва (*v*) и развѣтвленія ихъ изслѣдовалось тоже на нѣсколькихъ сердцахъ, изъ которыхъ узлы найдены только въ одномъ, а именно—10 узловъ въ 15_2—11_2—7_6 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

26. Мѣсто, лежащее рядомъ и ниже предыдущаго, гдѣ проходятъ развѣтвленія нерва (*v*) и отчасти нерва (*w*),—изслѣдовалось на 4 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены только въ одномъ, именно—12 узловъ въ 11—9—7—5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Нѣкоторые узлы и много отдѣльныхъ нервныхъ клѣтокъ находились въ соединительнотканныхъ прослойкахъ въ міокардѣ.

27. Мѣсто развѣтвленія конечныхъ вѣточекъ нервовъ (*u*, *v* и *w*), лежащее ниже предыдущаго и недалеко отъ средней трети края праваго желудочка, изслѣдовалось на 5 сердцахъ, изъ нихъ въ нѣкоторыхъ найдены лишь отдѣльныя нервныя клѣтки.

Нервы (*y* и *z*) съ ихъ развѣтвленіями изслѣдовались на трехъ смежныхъ между собою участкахъ: верхнемъ, среднемъ и нижнемъ на 7 сердцахъ.

28. Верхній участокъ. Въ одномъ сердцѣ найденъ небольшой узелокъ въ 4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ по ходу нерва, въ другомъ—отдѣльныя нервныя клѣтки.

29. Средній участокъ. Только въ одномъ сердцѣ найденъ узелокъ въ 5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

30. Въ нижнемъ участкѣ нервныхъ узловъ не найдено.

Дальше слѣдуетъ описаніе обслѣдованныхъ мною мѣстъ на задней поверхности сердца теленка (фиг. VIII). Развѣтвленіе нерва (*i*) и рядомъ идущихъ съ нимъ нервовъ (*h* и *k*) было раздѣлено для изслѣдованія на три части, лежащихъ рядомъ и одна подъ другой.

31. Верхняя часть. Изъ нея взято для изслѣдованія 27 кусочковъ не менѣе, чѣмъ изъ 10 сердецъ. Въ 26 кусочкахъ узлы найдены въ количествѣ—28—24—21—20—19—18—17—14_3—13_4—9_4—8—7—6—3—2_2. Что касается количества клѣтокъ въ узлахъ въ главномъ срѣзѣ, то встрѣчались узлы въ 150—100—50 клѣтокъ. Большинство другихъ узловъ содержало нервныхъ клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ—30—25—20, остальные узлы были въ 15—10—8 и меньше клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

32. Средняя часть. Изъ 17-ти кусочковъ, взятыхъ для изслѣдованія этого мѣста, нервные узлы найдены въ 9-ти въ количествѣ —12—6—4—3_2—2_2—1 и въ одномъ кусочкѣ отдѣльныя нервныя клѣтки. Встрѣтился одинъ узелъ довольно большой въ 65 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Нерѣдко были узлы въ 20 клѣтокъ. Большинство узловъ въ 10—8—6—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ. Попадались узлы и среди мышцъ.

33. Нижняя часть. Изъ 18-ти кусочковъ узлы найдены въ 12 въ количествѣ 22—13—12—8—7—4—3—2_3 и въ двухъ кусочкахъ отдѣльныя нервныя клѣтки. Нерѣдко встрѣчались большіе узлы по 50—30 клѣтокъ; большинство узловъ въ 20—15—9—6—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ. Въ нѣкоторыхъ кусочкахъ изъ разбираемаго мѣста картина расположенія узловъ была довольно однообразна.

Дальше для изслѣдованія взято развѣтвленіе главнымъ образомъ нерва (*c*) также нерва (*d*) и частью нерва (*b*) въ верхнихъ отдѣлахъ ихъ протяженія. Эта область раздѣлена на 3 части.

34. Верхняя часть. Изъ 12-ти кусочковъ узлы найдены во всѣхъ въ количествѣ: 18—11—10—9—8—6—5—3—1_2, въ двухъ кусочкахъ отдѣльныя нервныя клѣтки. Нерѣдко узлы были въ 30—25—20 клѣтокъ; большинство узловъ въ 18—16—14—10—8—6 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

35. Средняя часть. Изъ 8 кусочковъ узлы найдены въ 6-ти въ количествѣ 5—4_2—2—1_2 и въ двухъ кусочкахъ отдѣльныя нервныя клѣтки. Большинство узловъ средней величины въ 14—13—11—9—8—6—5 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ. Встрѣчались узелки и среди мускулатуры.

36. Нижняя часть. Изъ 6-ти кусочковъ узлы найдены въ 4-хъ въ количествѣ 4—3—2—1 и въ двухъ кусочкахъ отдѣльныя нервныя клѣтки. Узлы въ среднемъ состояли изъ 20—15—13—11—6 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

37. Мѣсто, гдѣ два сравнительно толстыхъ нерва соединяются между собою и образуютъ одинъ стволъ (*b*), изслѣдовалось на 8 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ 7-ми въ количествѣ 5_2—4—3_2—1. Изрѣдка попадались узлы въ 30—25 клѣтокъ; большинство же узловъ было въ 15—12—8—5—3 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

38. Мѣсто соединенія развѣтвленій нервовъ (*a* и *b*) въ области верхушки изслѣдовалось на 6 сердцахъ, изъ которыхъ для этой

цѣли было взято 16 кусочковъ. Въ 11 кусочкахъ узлы найдены въ количествѣ 16—12—11—9—8—7—5—4—3—2—1 и въ двухъ кусочкахъ отдѣльныя нервныя клѣтки. Нерѣдко попадались узлы въ 50—30—25—20 клѣтокъ; большинство же узловъ было въ 16—15—11—9—7—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ. Узлы встрѣчались также и среди мышцъ.

39. Мѣсто на задней поверхности верхушки, гдѣ вѣточки нерва (*m*), пересѣкши борозду, образуютъ довольно густое сплетеніе, было изслѣдовано на 17 кусочкахъ изъ 6 сердецъ. Во всѣхъ 17 кусочкахъ были найдены нервные узлы въ количествѣ 13—10—9_2—8—7_3—6_2—5—4—3_3—1_2. Нерѣдко попадались узлы въ 50—30—20 клѣтокъ; но большинство узловъ было въ 18—12—9—8—6—5—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ.

40. Ниже предыдущаго мѣсто, гдѣ нервы (*q*, *r*, *s* и *t*), перейдя борозду, образуютъ узловое сплетеніе, изслѣдовалось на 8 сердцахъ. Въ одномъ сердцѣ было найдено 14 узловъ въ 27—20—11—10_2—8—6—5—4_3—3 и нѣсколько разъ по 2 клѣтки; въ другомъ—7 узловъ по 26—22—20—12—8_2—6 клѣтокъ; въ третьемъ—4 узла по 40—15—10—5 клѣтокъ; въ четвертомъ—3 узла въ 4_2—3 клѣтки; въ пятомъ—1 узелъ въ 10 клѣтокъ и въ шестомъ—1 узелъ въ 3 клѣтки въ главномъ срѣзѣ. Кромѣ того много попадалось клѣтокъ по 1 и 2.

41. Самый конечный пунктъ верхушки изслѣдовался на 5 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ четырехъ. Въ одномъ—3 узла въ 8—5—4 клѣтки; въ другомъ—3 узла въ 7—5—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ. Въ двухъ остальныхъ нѣсколько разъ по 2 и отдѣльныя нервныя клѣтки.

42. Задняя продольная борозда въ мѣстѣ перехода въ переднюю изслѣдовалась на 8 сердцахъ, изъ нихъ въ 3-хъ узлы найдены. Въ одномъ—2 узла въ 7—3 клѣтки, въ другомъ—1 узелъ въ 10 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ, въ третьемъ—узелъ среди жировой ткани.

43. Мѣсто лежащее, выше предыдущаго въ нижней части задней продольной борозды, гдѣ чрезъ нее проходятъ на верхушку развѣтвленія нерва (*m*) и вѣточка нервовъ (*q* и *r*),—изслѣдовалось на 10 сердцахъ; изъ нихъ въ 5—найдены узлы въ количествѣ 15—3—2_2—1 и въ двухъ сердцахъ—отдѣльныя нервныя клѣтки. Нѣсколько разъ встрѣчались узлы въ 35—32—30 клѣтокъ, другіе узлы были въ 18—13—12—10—6—5—4 клѣтки въ главномъ срѣзѣ.

44. Мѣсто, гдѣ наружная правая вѣтвь нерва (*m*), не доходя до борозды, даетъ короткую дугообразную вѣточку въ сторону края праваго желудочка, изслѣдовалось на 3-хъ сердцахъ, при чемъ узловъ не найдено.

45. Рядомъ съ предыдущимъ—мѣсто, гдѣ внутренняя лѣвая вѣтвь нерва (*m*), не доходя до борозды, распадается на 2 вѣточки, изслѣдовалось на 5 сердцахъ, изъ которыхъ только въ одномъ найдены 2 узла въ 15—3 клѣтки въ главномъ срѣзѣ и отдѣльныя нервныя клѣтки по 2 и 1.

46. Мѣсто соединенія главной—правой вѣтви нерва (*m*) съ вторичной наружной же вѣтвью того-же нерва—изслѣдовалось на 9 сердцахъ, изъ нихъ только въ одномъ найдены 11 узловъ въ 15—11—8—7—5—4—3 нервныхъ клѣтки въ главномъ срѣзѣ; три узла располагались въ соединительнотканныхъ прослойкахъ міокарда.

47. Взята для изслѣдованія внутренняя первичная вѣтвь нерва (*m*), гдѣ она, сдѣлавъ внизъ крутой поворотъ, къ которому подходитъ вѣточка отъ выше лежащаго сплетенія (*l*), раздѣляется на 2 вторичныя вѣтви. Это мѣсто изслѣдовалось на 5 сердцахъ, изъ нихъ только въ одномъ найдены 2 узла въ 13—9 клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

48. Мѣсто развѣтвленій нерва (*n*) съ мимопроходящимъ нервомъ (*m*) и дѣленіемъ его на двѣ первыхъ главныхъ вѣтви въ виду обширности района разрѣзалось на многіе кусочки и изслѣдовалось на 10 сердцахъ, изъ нихъ узлы найдены въ 7-ми въ количествѣ 4—2_3—1_3, а въ трехъ—отдѣльныя нервныя клѣтки. Узлы содержали 16—12—8—4—3 нервныя клѣтки въ главномъ срѣзѣ.

49. Мѣсто начала распаденія нерва (*n*) на многочисленныя развѣтвленія изслѣдовалось на 8 сердцахъ, въ нихъ узловъ не найдено.

50. Главный стволъ нерва (*n*) до начала его развѣтвленій изслѣдовался на 7 сердцахъ, изъ нихъ въ двухъ найдены нервные узлы въ количествѣ 4—2 и въ одномъ—отдѣльныя нервныя клѣтки. Узлы—въ 15—7—5—4—3 нервныхъ клѣтки въ главномъ срѣзѣ.

51. Верхняя часть сплетенія (*l*), гдѣ сходятся лѣвый и средній стволики его, изслѣдовалось на 7 сердцахъ, изъ нихъ въ 5 найдены узлы въ количествѣ 11—7_2—5—2. Узлы содержали

въ среднемъ 17—16—15—11—9—6—5 нервныхъ клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

52. Мѣсто, лежащее рядомъ и ниже предыдущаго, изслѣдовалось на 5 сердцахъ, изъ нихъ въ 3 хъ найдены узлы въ количествѣ 8—3_3. Изрѣдка попадались узлы въ 30 клѣтокъ; большинство-же узловъ было въ 17—16—12—8—6 нервныхъ клѣтокъ въ главномъ срѣзѣ.

53. Мѣсто, лежащее рядомъ, ниже и влѣво отъ предыдущаго, гдѣ изъ сплетенія выходитъ дихотомически дѣлящаяся вѣточка, изслѣдовалось на 8 сердцахъ, изъ нихъ въ 4-хъ найдены узлы въ количествѣ 10—4—2—1 и въ одномъ сердцѣ отдѣльныя нервныя клѣтки. Количество нервныхъ клѣтокъ въ узлахъ было 16—14—11—10—6—5 въ главномъ срѣзѣ.

Если сосчитать самое бо̀льшее число узловъ, какое встрѣтилось на одномъ какомъ-либо сердцѣ, во всѣхъ 53 изслѣдованныхъ мѣстахъ, то окажется, что число всѣхъ узловъ на изслѣдованныхъ мною мѣстахъ будетъ равняться=400. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи и притомъ всей поверхности желудочковъ указанное число нервныхъ узловъ должно, вѣроятно, значительно увеличиться.

Помимо изложеннаго мною относительно мѣсторасположенія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца теленка, при тщательномъ и подробномъ изученіи имѣющагося у меня большого матеріала можно было-бы получить еще много другихъ интересныхъ подробностей по этому вопросу, но, такъ какъ такое подробное изученіе огромнаго микроскопическаго матеріала требуетъ громадной-же затраты времени, представить теперь-же результаты сказаннаго изученія, я не имѣю никакой возможности.

Что касается того вопроса, почему я не изслѣдовалъ всей безъ исключенія поверхности желудочковъ сердца теленка, то полагаю, что изслѣдованныхъ 53 мѣстъ достаточно для составленія общаго понятія о томъ или иномъ расположеніи нервныхъ узловъ въ желудочкахъ, а кромѣ того изслѣдованіе всей поверхности опятьтаки потребовало-бы громадной затраты времени. Въ частности —верхнихъ отдѣловъ продольныхъ бороздъ и области поперечной борозды я спеціально не изслѣдовалъ на присутствіе нервныхъ узловъ еще и потому, что въ указанныхъ областяхъ нервные узлы были находимы большинствомъ изслѣдователей и въ чемъ я лично тоже убѣдился на препаратахъ, окрашенныхъ метиленовою синью по Ehrlich'у.

Обобщая свои наблюденія относительно мѣсторасположенія нервныхъ узловъ въ желудочкахъ сердца теленка, осмѣливаюсь высказать по этому вопросу слѣдующее мнѣніе.

Принимая во вниманіе расположеніе мѣстъ, въ которыхъ были находимы нервные узлы, ихъ не всегда постоянное нахожденіе и строгоопредѣленное число въ извѣстномъ мѣстѣ, можно сказать, что нервные узлы на поверхности желудочковъ сердца теленка не занимаютъ точноопредѣленныхъ пунктовъ, а разсѣяны по всей ихъ поверхности. Нервные узлы съ большимъ или меньшимъ количествомъ нервныхъ клѣтокъ и одиночныя клѣтки, разсѣянныя въ различныхъ областяхъ поверхности желудочковъ и связанныя между собою либо немногими нервными волокнами, либо болѣе или менѣе значительными стволиками различной толщины, образуютъ вмѣстѣ съ этими послѣдними одну общую нервную сѣтку, окутывающую всю поверхность желудочковъ и составляющую въ своей совокупности plexus gangliosus ventriculorum cordis superficialis.

VII.

ОБЩІЕ ВЫВОДЫ.

На основаніи вышеизложеннаго позволю сдѣлать нижеслѣдующіе выводы:

1) въ желудочкахъ сердца нѣкоторыхъ млекопитающихъ (теленка, барана, собаки, кролика и человѣка) постоянно находятся нервные узлы въ значительномъ, хотя и варіирующемъ количествѣ;

2) въ желудочкахъ сердца теленка нервные узлы встрѣчаются по всей ихъ поверхности;

3) верхушка сердца теленка также содержитъ нервные узлы въ значительномъ количествѣ;

4) нервные узлы въ поверхностныхъ слояхъ стѣнокъ желудочковъ и въ частности верхушки не занимаютъ строгоопредѣленныхъ мѣстъ, будучи разсѣяны по всей ихъ поверхности, образуя поверхностное нервноузловое сплетеніе;

5) нервные узлы встрѣчаются часто въ соединительнотканныхъ прослойкахъ поверхностныхъ слоевъ міокарда сердца теленка;

6) въ перегородкѣ желудочковъ сердца собаки среди мышцъ мною были находимы также нервные узлы;

7) погруженіе сердецъ отъ только-что убитыхъ животныхъ въ растворъ карболовой кислоты является удобнымъ способомъ быстро и отчетливо обнаружить поверхностные нервы сердца и сохранить ихъ хорошо замѣтными даже на нѣсколько лѣтъ;

8) нервы послѣ дѣйствія карболоваго раствора выступаютъ до мельчайшихъ развѣтвленій, что позволяетъ макроскопически изучать ходъ ихъ.

Настоящую работу считаю скромнымъ началомъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, которыя и предполагаю распространить главнымъ образомъ на сердце человѣка въ связи съ патологоанатомическими измѣненіями нервныхъ узловъ сердца при различныхъ заболѣваніяхъ.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность своему учителю, глубокоуважаемому профессору Алексѣю Евфимьевичу Смирнову за руководство и цѣнныя указанія его при исполненіи мною настоящей работы.

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ.

1) R. Remak. „Neurologische Erläuterungen“. Hierzu Tafel XII. Archiv für Anatomie, Physiologie und Wissenschaftliche Medicin I. Müller's. 1844. S. 463.

2) R. Lee. „On the ganglion and nerves of the Heart.“ Philosoph. Transact. of the Royal soc. of London. 1848—1849. Приведено по другимъ авторамъ.

3) Cloetta. „Über die Nerven des Herzens“. Verhandlungen der Physicalisch-Medicin. Gesellschaft in Würzburg. III 1852. S. 64.

4) Kölliker. „Handbuch der Gewebelehre des Menschen“. Русск. пер. В. Ковалевскаго съ 4-го пополн. изданія. 1865. стр. 609.

5) Schklarewsky. „Über die Anordnung der Herzganglien bei Vögeln und Säugethieren“. Göttinger Nachrichten. 1872. Nr. 21. S. 426—428. Приведено по Iahresberichte über die Fortschritte der Anatomie und Physiologie. Bd. I. 1873. S. 157.

6) Schweigger-Seidel. „Das Herz“. Stricker's Handbuch d. Lehre v. d. Geweben. 1871. Русск. пер. 1873 стр. 235.

7) И. Скворцовъ. „Матеріалы для анатоміи и гистологіи сердца и его оболочекъ“. Диссерт. СПБ. 1874. Стр. 13.

8) Ивановскій. „Къ патологической анатоміи сыпного тифа“. Журналъ нормальн. и патолог. гистологіи проф. М. М. Руднева. 1876. Янв. Февр. Привед. по друг. авторамъ.

9) В. Коплевскій. „Объ измѣненіи автоматическихъ нервныхъ узловъ сердца при нѣкоторыхъ патологическихъ процессахъ въ сердечной мышцѣ“. Диссерт. СПБ 1881. Стр. 10.

10) И. М. Вѣтвинскій. „О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ сердечныхъ узлахъ человѣка при дифтеритѣ и септицэміи“. Диссерт. СПБ. 1891.

11) Д. Кузнецовъ. „Объ измѣненіи сердечныхъ нервныхъ узловъ при острыхъ и подъострыхъ эндокардитахъ“. Дис. СПБ. 1892.

12) Ф. Стоммъ. „О патолого анатомическихъ измѣненіяхъ въ сердечныхъ нервныхъ узлахъ и plexus solaris при холерѣ“. Дис. СПБ. 1893.

13) А. Д. Кацовскій. „Къ вопросу объ измѣненіяхъ нервныхъ узловъ сердца при острыхъ отравленіяхъ минеральными кислотами". Дис. СПБ. 1894. Стр. 23.

14) А. Г. Коносевичъ. „Патолого-анатомическія измѣненія автом. нервн. узловъ сердца при прогрес. параличѣ помѣшанныхъ". Дис. 1897. Стр. 40.

15) А. В. Бутыркинъ. „Патол.-анатом. измѣненія въ автом. нервн. узлахъ сердца и нѣк. отдѣлахъ центр. и симпат. нервн. системы при pemphigus foliaceus". Дис. 1897 г. стр. 36.

16) W. Vignal. „Recherches sur l'appareil ganglionnaire du coeur des vertébrés". Archives de physiologie normale et pathologique. T. VIII. 1881. p. 926.

17) T. Openchowski. „Beitrag zur Kenntniss der Nervenendigungen im Herzen". Archiv f. Mikroskop. Anatom. Bd. XXII. 1883. Hierzu Taf. XVI. S. 415.

18) Виноградовъ. „Измѣненіе сердечныхъ узловъ отъ хлороформа". Врачъ, 1884. №№ 37—40.

19) Aronson. „Beiträge zur Kenntniss der centralen und peripheren Nervenendigungen". Inaug.—Dissert. Прив. по С. Михайлову. Стр. 327.

20) Eisenlohr. „Über die Nerven und Ganglien des menschlichen Herzens". Arbeit aus d. Patholog. Institut zu München. 1886. S. 383. Прив. по другимъ авторамъ.

21) Kazem-Beck. „Über das Vorkommen von Ganglien und einzelnen Nervenzellen auf den Herzventrikeln des Menschen, der Säugetiere und der Vögel". Centralb. f. d. med. Wissensch. 1887. № 42.

22) Ott. „Beiträge zur Kenntniss der normalen und patholog. Verhältnisse der Ganglien des menschlichen Herzens". Zeitschrift. f. Heilkunde. Bd, IX. 1888. S. 271. Прив. по Натансону Стр. 9.

23) M. Weinrich. „Über Nerven und Ganglienzellen im Säugetier-Herzen". Inaug. Dissert. 1888. Прив. по Кацовскому Стр. 7.

24) L. Krehl und F. Romberg. „Über. die Bedeutung des Herzmuskels und der Herzganglien für die Herzthätigkeit des Säugetiers". Archiv f. experiment. Pathologie und Pharmak. Bd. XXX 1892. S. 52—54.

25) W. His jung. „Die Entwickelung Herznervensystems bei Wirbelthieren". Abhandl. d. mathem.-physischen Classe der K. Sächs. Gesellsch. d. Wissensch. Bd. XVIII. Leipzig. 1893. Съ 4

табл. рисунк. Прив. по реферату А. Ф. Геберга (Неврол. Вѣстник. Казань. 1894 г. Стр. 184—194).

26) H. I. Berkley. „The intrinsic nerve Supply of the cardiac ventricles in certain vertebrates.“ The Iohn Hopkins Hospital Reportis. Vol. IV. Report. in Neurology, II. 1894. p.p. 86—103.

27) P. Jacques. „Recherches sur les nerfs du coeur chez la grenouille et les mammifères“. Planches XVII—XIX. Journal de l'anatomie et de physiologie... XXX. 1894. p. 629-633.

28) А. Е. Смирновъ. „Über die sensiblen Nervenendigunden im Herzen bei Amphibien und Säugetieren“. Anat. Anzeiger. Bd. X. 1895.

29) И. М. Догель. „Сравнительная анатомія, физіологія и фармакологія сердца“. Казань, 1895. Стр. 44—55. Въ этой монографіи процитированы и прочія работы о сердечн. гангліяхъ того-же автора. Не реферировалъ въ текстѣ работы J. Dogiel'я und Archangelsky'го: „Der bewegungshemmende und der motorische Nervenapparat des Herzens“ (Arch. f. d. gesam. Physiologie... Bb. 113. Heft. 1—2. 1906), такъ какъ въ этой работѣ болѣе новыхъ данныхъ по вопросу о мѣсторасположеніи нервныхъ узловъ въ сердцѣ не представлено, чѣмъ въ вышеуказанной монографіи И. М. Догеля.

30) М. С. Натансонъ. „Патолого-анатом. измѣненія автомат. нервн. узловъ сердца при возвратной горячкѣ“. Дис. СПБ. 1896. Стр. 25—26.

31) В. Шмидтъ. „Къ вопросу объ иннерваціи сердца“. Русск. архив. патол., клин. мед. и бактер. 1897. Т. IV. Стр. 551.

32) S. Schwartz. „Über die Lage der Ganglienzellen im Herzen der Säugetiere“. Archv f. Mikroscop. Anatom. Bd. L. III. 1898 г. S. 63—77. Hierzu Taf. III.

33) A. S. Dogiel. „Zur Frage über den feineren Bau der Herzganglien des Menschen und der Säugethiere“. Arhiv f. mikroscop. Anat. Bd. L. III. 1898. S. 247.

34) F. E. Noc. „Ètude anatomiqe'ue des ganglions nerveux du coeur chez le chien et de leurs modifications dans l'inxoxication diphterique experimentale“. Thèse de doctorat de médicine“. Bordeaux. 1899. Привед. по Iahresberichte über die Fortschr. d. Anat. und Entwick. Bd. VI. Liter. 1900. Hef. III. S. 546.

35) Г. С. Кулешъ. „Къ патологической анатоміи внутрисердечныхъ нервныхъ узловъ“. Больничн. газета Боткина. №№ 15, 16 и 17. 1901 г.

36) И. А. Валединскій. „Zur Frage über die Nervenknoten im Herzventrikel einiger Säugetiere". Vorlauf Mitteilung. Anatom. Hefte. Bd. 27. Heft. 81. S. 287—293. Hierzu Taf. 19/20. –

37) А. Е. Смирновъ. „Einige Bemerkungen über die Existenz von Ganglienzellen in den Herzventrikeln des Menschen und einiger Säugetiere". Anatom. Hefte. Bd. 27. Heft 81. Hierzu Taf. 21. S. 297–301.

38) С. Михайловъ. „Къ вопросу о строеніи внутри сердечной нервной системы млекопитающихъ". Труды Общ. Русск. врачей въ С. Петерб. Март.—Май. 1907 г. Стр. 355—356.

39) Н. Н. Жукъ. „О нервахъ сердца". Вопросы Нервно-психической медицины. Т. VIII. Кіевъ. 1903 г. Стр. 357—365.

40) A. Scarpa „Tabulae neurologicae ad illustrandam historiam anatomicam cardiacorum nervorum..." 1794 г.

41) N. Lomakina „Über Verlauf und Bedeutung der Herznerven". Zeitschrift f. Biologie. Bd. XXXIX. Heft. I. 1899. S. 377--429.

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКОВЪ.

Фиг. I. представляетъ нервный узелъ изъ верхней половины передней поверхности лѣваго желудочка сердца человѣка. Узелъ располагается сбоку около нервнаго стволика и состоитъ изъ 10 нервныхъ клѣтокъ, попавшихъ въ одинъ срѣзъ. Каждая клѣтка окружена особой капсулой съ ядрами. Протоплазма клѣтокъ зерниста, отдѣлилась отъ капсулы, содержитъ большое пузырьковидное ядро съ ядрышкомъ.

Фиг. II изображаетъ нервный узелокъ изъ 5 клѣтокъ, залѣгавшій въ самомъ конечномъ пунктѣ (41) верхушки сердца теленка. Характеръ клѣтокъ такой-же, что и на первой фигурѣ. Нервныя волокна какъ бы входятъ и выходятъ изъ узелка. Обѣ фиг. I и II рисов. подъ микроск. Reichert'a, Okul 3, Obiekt. 8 a.

Фиг. III и IV—рисунки передней и задней поверхности сердца теленка по A. Skarpa. Въ видѣ бѣлыхъ линій, извилисто пробѣгающихъ по поверхности сердца, изображены нервы

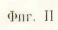
Фиг. V и VI иллюстрируютъ ходъ и расположеніе нервовъ по передней и задней поверхности желудочковъ сердца теленка. Рисунки сдѣланы съ натуры.

Фиг. VII и VIII показываютъ тѣ мѣста на передней и задней поверхности желудочковъ сердца теленка, которыя были обслѣдованы на присутствіе въ нихъ нервныхъ узловъ. Въ мѣстахъ, закрашенныхъ краснымъ цвѣтомъ, нервные узлы были находимы, въ синихъ мѣстахъ—нѣтъ. Мѣста обозначены цифрами, нервы—буквами.

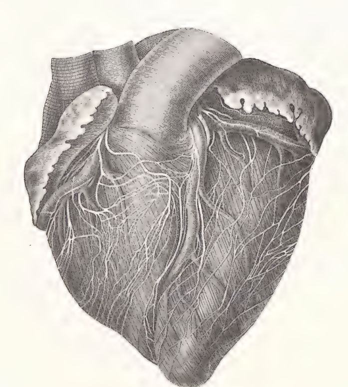


Фиг. I.

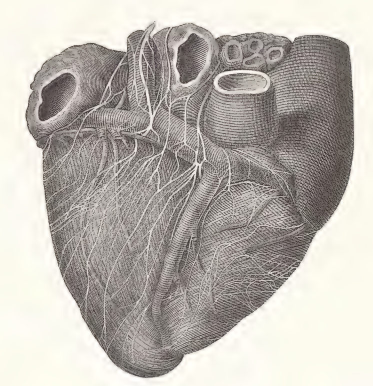




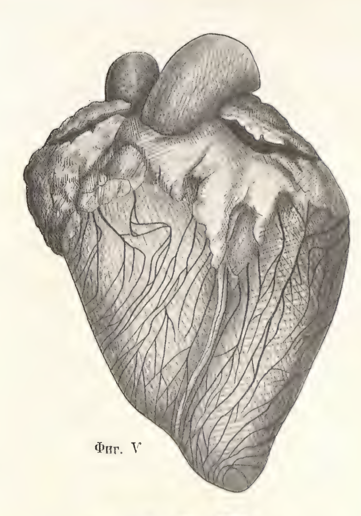
Фиг. II



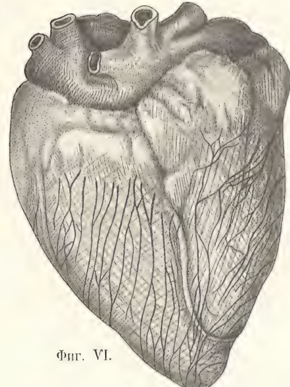
Фиг. III.



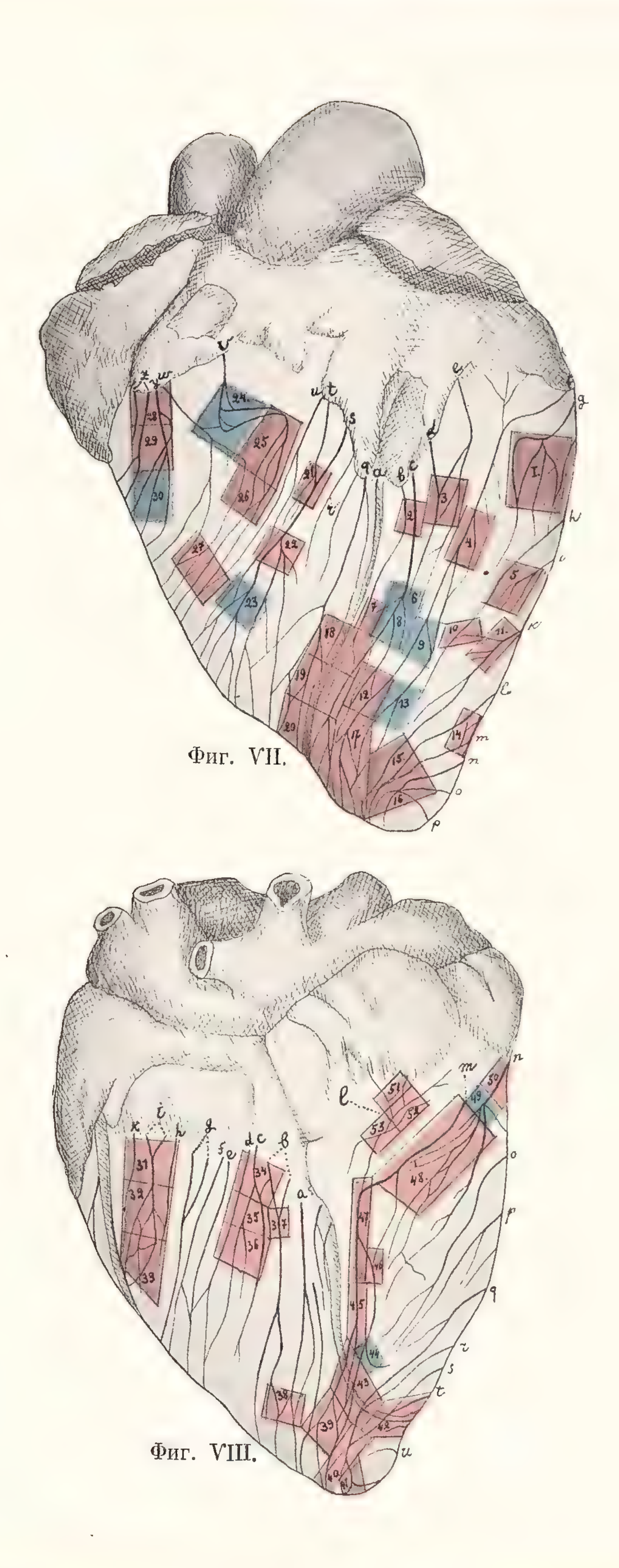
Фиг. IV.



Фиг. V



Фиг. VI.



Фиг. VII.

Фиг. VIII.

В. Д. Добромысловъ.

КРАТКІЙ ОТЧЕТЪ

ОБЪ ОПЕРАТИВНОЙ ПОМОЩИ

оказанной мною

СТАЦІОНАРНЫМЪ БОЛЬНЫМЪ ЖЕНСКАГО ОТДѢЛЕНІЯ
ТОМСКОЙ ЖЕЛѢЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ.

За 1904—1907 г.г.



ТОМСКЪ.
Типо-литографія Сибирск. Т—ва Печатн. Дѣла, уголъ Дворянск. ул. и Ямск. пер. с. д.
1909.

Краткій отчетъ

объ оперативной помощи, оказанной мною стаціонарнымъ больнымъ женскаго отдѣленія томской желѣзнодорожной больницы

за 1904—1907 г.г.

Женское отдѣленіе желѣзнодорожной больницы, что на ст. Томскъ, занимаетъ сѣверное одноэтажное крыло зданія больницы, имѣя слѣдующее помѣщеніе: три палаты, каждая на одного человѣка, далѣе палата для двухъ человѣкъ, родильная комната съ двумя кроватями, послѣродовая комната на 4-хъ человѣкъ, рядомъ съ ней ванная комната, устроенная въ концѣ корридора, идущаго вдоль названныхъ палатъ и родильнаго отдѣленія. Эту часть палатъ женскаго отдѣленія отъ общей большой палаты на 10 человѣкъ, раздѣленную по моимъ указаніямъ на двѣ перегородкой, не доходящей до потолка, отдѣляютъ столовая большая комната, гдѣ обѣдаютъ и пьютъ чай всѣ, могущіе ходить, за столовой слѣдуетъ ванная комната съ двумя умывальниками для больныхъ, а за нею клозетъ съ умывальникомъ и небольшой темный корридоръ.

Итого по нормѣ (по кубическому содержанію воздуха) въ женскомъ отдѣленіи можетъ помѣститься 19—20 чел. больныхъ, но ихъ нерѣдко бываетъ много больше. Въ двухкоечную палату приходится класть 3-хъ больныхъ, въ послѣродовую 6—7 человѣкъ родильницъ, да соотвѣтствующее количество дѣтей, а въ общую палату до 20 чел. Такимъ образомъ населеніе женскаго отдѣленія возрастаетъ до 40 чел. Составъ больныхъ самый разнообразный. Въ родильномъ отдѣленіи роженицы, родильницы, въ женскомъ отдѣленіи хирургическія, неоперативныя гинекологическія, терапевтическія, а при переполненіи заразнаго отдѣленія и заразныя — брюшной тифъ, дифтеритъ, рожистыя, съ воспаленіемъ легкихъ и т. п. Спеціально хирургическаго, какъ, напримѣръ,

родильное отдѣленіе, въ больницѣ нѣтъ, хирургическія же больныя занимали по преимуществу одиночныя и двухкоечную палаты послѣ дезинфекціи, мытья и побѣлки ихъ, если въ томъ была нужда, напримѣръ, послѣ пребыванія въ нихъ какихъ-либо заразныхъ, или больныхъ съ гноящимися ранами.

За отчетный періодъ женское отдѣленіе дважды ремонтировалось, а посему оно почти не функціонировало, приходилось класть только неотложныхъ больныхъ, напримѣръ, съ кровотеченіями; ремонтъ первый разъ длился съ мая 1905 г. по 24 октября того же года, въ 1907 г. съ 1 іюля по конецъ октября, т. е. въ общей сложности женское отдѣленіе почти не функціонировало 10 мѣсяцевъ за отчетный періодъ, а работало слѣдовательно 3 года 2 мѣсяца.

При подачѣ хирургической помощи и при родахъ пользовались въ отдѣленіи за отчетный періодъ исключительно стерилизованнымъ перевязочнымъ матеріаломъ—марлей и ватой; стерилизація производится въ камерѣ, устроенной при больницѣ въ отдѣльномъ зданіи. Стерилизованный матеріалъ вынимается по мѣрѣ надобности непосредственно изъ барабановъ, въ которыхъ стерилизуется, какъ во время операціи, такъ и перевязокъ. Рѣдко, напримѣръ, при зашиваніи свѣжихъ разрывовъ промежности, эметовскихъ операціяхъ и операціи геморроя приходилось пользоваться или іодоформированной или ксероформной марлей. Шелкъ для лигатуръ и швовъ обезпложивается кипяченіемъ, инструменты то-же кипяченіемъ. При всѣхъ операціяхъ, требующихъ или болѣе продолжительнаго времени, или особой чистоты, надѣвались стерилизованные халаты и только при выскабливаніяхъ, эметовскихъ операціяхъ, сшиваніи разрывовъ промежности и нѣкоторыхъ гнойныхъ операціяхъ обходились свѣже-выстиранными (соединено съ кипяченіемъ ихъ) и выглаженными халатами. Руки оперирующаго приготовляются общепринятыми способами, по преимуществу механической очистки ихъ мыломъ, щеткой и кипяченой водой, частію при этомъ употребляются и антисептическія вещества — сулема, 90% спиртъ и перекись водорода, изрѣдка tinct. jod.

Всѣ большія и чистыя операціи производились въ операціонной комнатѣ, выкрашенной масляной краской и имѣющей полы изъ теракотовыхъ плитокъ; освѣщеніе въ операціонной съ трехъ сторонъ: сѣвера, востока и юга. Передъ операціонной комнатой

находится узкій корридоръ также устроенный, какъ и операціонная; въ немъ имѣются два умывальника съ прокипяченной водой, проведенной отъ циркуляціонной печи, гдѣ прокипяченная вода и охлаждается; печь питается водой отъ водопровода, не имѣющаго фильтра, вода—изъ сосѣдней со станціей рѣчки Ушайки. Малыя операціи и гнойныя производились въ женской перевязочной, уже три года состоящей изъ двухъ комнатъ, по величинѣ соотвѣтствующихъ одиночнымъ палатамъ. Два года въ перевязочной имѣется циркуляціонная печь съ умывальникомъ, а въ 1907 г. устроены полы изъ теракотовыхъ плитокъ со стокомъ въ полу для жидкостей. Перевязочная имѣетъ крашеныя масляной краской панели около 2 арш. высоты, остальная часть стѣнъ и потолка побѣлены.

Операціи большею частью производились при употребленіи обезболивающихъ средствъ, только сшиванія свѣжихъ разрывовъ промежности производится безъ всякаго обезболиванія. Общій наркозъ производится при продолжительныхъ операціяхъ почти всегда хлороформомъ Anschütz'a, при небольшихъ же операціяхъ, гдѣ паціентки согласны, употребляется мѣстная анестезія при нарывахъ хлоръ-этиломъ, при чистыхъ операціяхъ на слизистыхъ при помазываніи 10—20$^0/_0$ раств. кокаина, или при введеніи подъ слизистую 1$^0/_0$ sol. eucain. B., или же подъ кожу, если операція происходитъ въ другомъ мѣстѣ. Такъ исполнены всѣ эметовскія операціи, perineoplastica, сшиванія фистулъ и одна обширная грыжа стѣнки живота. Въ зависимости отъ употребленія анестезирующихъ умерла одна больная въ началѣ хлороформированія (наркозъ 10 минутъ, хлороформа 5 gm., больная съ подвижной почкой, въ остальномъ здоровая, къ операціи еще не успѣли приступить). Всѣ остальныя больныя очень хорошо переносили общій наркозъ и не имѣли тяжелыхъ послѣ него осложненій, исключая нѣсколькихъ случаевъ упорной рвоты, уступавшей большею частью только кокаину съ водой горькихъ миндалей, а не морфію и др. препаратамъ, употребляемымъ обычно при рвотѣ послѣ наркоза. Въ рѣдкихъ случаяхъ упадка кровяного давленія, наступавшаго часовъ чрезъ двѣнадцать послѣ наркоза, я съ успѣхомъ примѣнялъ strichn. nitr. подъ кожу.

Микроскопическія, какъ бактеріологическія, такъ и паталого-анатомическія изслѣдованія производились мною въ лабораторіи, существующей при больницѣ, тамъ же производились и необходимыя

химическія изслѣдованія. Патологоанатомическіе препараты я нерѣдко показывалъ профессору Ф. И. Романову или прозектору при каф. патологической анатоміи В. П. Миролюбову, за ихъ любезную готовность помочь мнѣ разобраться въ нѣкоторыхъ изъ препаратовъ, приношу мою сердечную блаоодарность. Нѣкоторые препараты, въ виду ихъ интереса, доставлены мною въ патологоанатомическій институтъ Томскаго Университета, другіе, несмотря на свою рѣдкость, къ сожалѣнію, не могли быть мною сохранены благодаря отсутствію въ лабораторіи шкафа для храненія препаратовъ и дисциплинированной спеціальной прислуги при лабораторіи: нѣкоторые препараты прислугою были выброшены въ печь.

Скажемъ нѣсколько словъ о тѣхъ методахъ, которыхъ мы держались при леченіи ранъ Имѣя чистую рану, нанесенную нами, мы достигали всемѣрно сухости ея и большею частью замыкали ее наглухо, только въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ можно было заранѣе разсчитывать на возможность скопленія небольшого количества крови въ ранѣ, или имѣлась не совсѣмъ чистая рана, какъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ перитифлита, въ рану клали соотвѣтственный случаю тампонъ изъ стерильной марли. При леченіи гнойныхъ скопленій большею частью пользовались повязкой изъ стерильнаго матеріала съ предварительной обильной тампонадой широко вскрытаго гнойнаго скопища, только въ случаяхъ несомнѣннаго туберкулезнаго пораженія примѣнялась тампонада іодоформированной марлей. Въ тѣхъ случаяхъ остро протекающихъ гнойныхъ скопищъ, гдѣ они являлись однополостными, гдѣ стѣнки ихъ не имѣли углубленій и ходовъ, гдѣ онѣ легко могли спадаться послѣ опорожненія гноя, мы примѣняли и ранѣе практиковавшійся нами способъ. Полость скопища вскрывается небольшимъ разрѣзомъ сант. 4—5, чтобы только удобно было ввести въ полость короткій, но толстый марлевый тампонъ, полость нарыва послѣ опорожненія гноя выскабливается острой ложкой и обильно, до вытеканія прозрачной жидкости, промывается 3—5% растворомъ Alumen, вся жидкость тщательно удаляется изъ полости, въ рану кладется, какъ сказано, короткій, но толстый тампонъ изъ стерильной марли, а на область нарыва накладывается легко давящая повязка. Т. о. лечены мною были нѣкоторыя изъ амбулаторныхъ больныхъ, также лечена и одна стаціонарная больная съ очень хорошими результатами въ смыслѣ скорости заживленія полости бывшаго гнойника. Тоже промыва-

ніе 3—5% растворомъ Alumen съ послѣдовательнымъ осушеніемъ полости гнойника примѣнено мною въ случаѣ нѣсколько мѣсяцевъ существовавшаго громаднаго скопленія гноя въ правой половинѣ брюшной полости на почвѣ воспаленія червеобразнаго отростка. Промываніе, намъ кажется, быстро сократило количество отдѣляемаго изъ полости, послѣ чего оно, т.-е. промываніе, и было оставлено при дальнѣйшихъ перевязкахъ; кромѣ того сразу же послѣ перваго промыванія исчезъ тотъ своеобразный запахъ гноя, который обычно бываетъ при скопленіяхъ гноя вблизи кишечника.

Въ послѣднее время мною примѣнено леченіе гнойныхъ ранъ тепломъ въ видѣ пузыря съ горячей водой поверхъ повязки на область раны у стаціонарныхъ больныхъ, или мѣшковъ съ горячимъ пескомъ или золой поверхъ повязки. Иногда употреблялись бутылки съ горячей водой. Объ этомъ способѣ и результатахъ леченія мною было доложено Томскому Обществу практическихъ врачей. Могу только добавить, что и дальнѣйшіе случаи, леченные мною по этому способу, не поколебали моего мнѣнія о немъ.

При операціяхъ въ брюшной полости, кромѣ общихъ правилъ асептическаго оперированія и тепло натопленнной операціонной комнаты, мы держались еще слѣдующихъ обыкновеній. Всю полость брюшины, гдѣ намъ не приходилось работать, мы отгораживали отъ операціоннаго поля большими сухими стерильными кусками марли, точно ведя имъ счетъ, мы никогда не смачивали куски марли теплымъ физіологическимъ растворомъ Natr. chlor., какъ то практикуется многими хирургами. Физіологическій растворъ быстро охладѣваетъ на компрессахъ и тогда гораздо сильнѣе охлаждаются ограждаемые ими органы брюшной полости, чѣмъ закрытые сухими кусками марли. Это обстоятельство заставляетъ часто мѣнять влажные компрессы, время операціи безъ нужды при этомъ затягивается, брюшная полость, не служащая полемъ операціи, часто обнажается и приводится въ соприкосновеніе и съ полемъ операціи, и съ окружающей атмосферой, много физіологическаго раствора съ тампоновъ попадаетъ и на кожные покровы живота, стекая подъ лежащихъ паціэнтовъ и охлаждая ихъ еще больше. Много разъ брюшина и защищаемые компрессами органы подвергаются при перемѣнѣ компрессовъ неизбѣжной травмѣ. Все это неоднократно наблюдалось нами при опера-

ціяхъ въ брюшной полости, гдѣ примѣнялись влажные компрессы, все это и заставляетъ насъ воздерживаться отъ ихъ употребленія, равно какъ и то соображеніе, что вмѣстѣ съ растекающимся по брюшинѣ физіологическимъ растворомъ, въ случаѣ присутствія заразнаго матеріала въ операціонной ранѣ, и онъ будетъ распространяться на большее пространство, чѣмъ то было бы при другихъ условіяхъ. Выгодно отличается по нашему мнѣнію отъ влажнаго содержанія операціонной раны брюшины сухое ея содержаніе. Тампоны, сложенные вдвое—вчетверо—только медленно смокаютъ, ихъ приходится и при продолжительной операціи смѣнить не больше 2—3 разъ за время операціи, брюшина меньше травматизируется, меньше охлаждается, меньше приходитъ въ соприкосновеніе съ операціонной раной и окружающей атмосферой, меньше охлаждается и весь паціэнтъ. Этимъ я, конечно, не касаюсь того однократнаго промыванія брюшной полости, которое практикуется въ подходящихъ случаяхъ.—При ранахъ, получающихся во время операціи, въ брюшинѣ паріэтальной и висцеральной, благодаря тѣмъ или другимъ обстоятельствамъ, мы, какъ правило, или возстановляли непрерывность брюшины швомъ, или же пользовались сосѣдними подвижными участками брюшины для перитонизаціи раны. Какъ, напримѣръ, въ одномъ случаѣ перитифлита перитонизація сшитой кишки на мѣстѣ удаленнаго червеобразнаго отростка произведена при помощи длинной е г о б р ы ж ж е й к и. Той же брыжжейкой воспользовались мы для закрытія недостачи брюшины на здоровомъ, но прирощенномъ къ кистѣ червеобразномъ отросткѣ. Никогда мы не оставляли не замкнутой въ брюшинѣ раны и намъ ни разу не представилось нужды воспользоваться кусками свободнаго сальника для перитонизаціи ранъ брюшины. Сшиваніе раны брюшной стѣнки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ напряженіе брюшныхъ покрововъ было не очень сильнымъ и гдѣ отдѣльные слои брюшной стѣнки были хорошо развиты и не продырявливались при отдѣльномъ ихъ сшиваніи, всегда производилось послойное: отдѣльно сшивалась брюшина, апоневрозы и мышцы съ тщательнымъ ихъ прилаживаніемъ другъ къ другу и возможно широкимъ соприкосновеніемъ ихъ. Отдѣльно отъ апоневрозовъ мышцы никогда почти не сшивались. Намъ пришлось видѣть и результаты сшиванія. Послѣ операціи перитифлита въ началѣ беременности, больная съ небольшой степенью съуженія таза (нар. конъюгата

18 ст.) хорошо доносила ребенка, хотя и трудно, но благополучно родила его, рубецъ остался такимъ же прочнымъ послѣ родовъ, какимъ онъ былъ послѣ операціи. Спустя годъ мы опять видѣли эту паціэнтку и рубецъ у нея былъ также хорошъ, какъ и раньше, никакихъ признаковъ растяженія его не было. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послойное сшиваніе раны было невозможно по указаннымъ соображеніямъ зашиваніе ея производилось двухэтажнымъ швомъ, верхній этажъ на кожу.

Не упоминая о многихъ малыхъ операціяхъ, приведемъ только тѣ исторіи болѣзней, которыя заслуживаютъ вниманія по какимъ-либо соображеніямъ.

а) Поврежденія и болѣзни головы и лица.

1. Fractura aperta cranii: ребенокъ Ж—ковъ, поступилъ въ больницу на третій день послѣ раненія, полученнаго имъ отъ удара подножкой вагона при прохожденіи поѣзда. Операція была произведена вслѣдъ за поступленіемъ въ больницу 5 авг. 1904 г. На темени имѣется рвано-ушибленная и загрязненная рана сант. 6—7 длиной, кости черепа на мѣстѣ раны переломлены и частью вдавлены внутрь черепа, частью (очень немного) утрачены. Вмѣстѣ съ костями внутрь черепа увлечены и волосы мальчика и грязь, находившаяся на подножкѣ. Ребенокъ вялый, сонливый, но въ сознаніи, пульсъ не частый, t⁰ повышена. Подъ хлороформомъ произведена обычная тщательная очистка окружности раны и самой раны, рана немного расширена и маленькіе осколки кости, лишенные всякой связи съ надкостницей, удалены; большіе же приподняты и установлены на общемъ съ сводомъ черепа уровнѣ. Общее протяженіе раны въ сводѣ черепа сант. 6 по сагитальной и сант. 3 по фронтальной плоскости черепа.

Недостача въ сводѣ черепа послѣ операціи около 1 кв. сант. Рана тщательно очищена, мозговыя оболочки не разорваны, въ рану подъ поднятыя кости вставленъ марлевой тампонъ, часть раны мягкихъ покрововъ черепа сшита. Послѣопераціонное теченіе гладкое, на второй же день больной чувствовалъ себя хорошо, игралъ и ни на что не жаловался, кромѣ боли въ ранѣ. Оставилъ больницу чрезъ двѣ недѣли съ небольшой и поверхностной гранулирующей ранкой.

2. В—а, 35 л., уроженка г. Алатыря, поступила въ больницу 2 декабря 1904 г., выписалась 29 января 1905 г. Mastoiditis purul dextr., № листа 824. Заболѣла вслѣдъ за перенесенной въ началѣ ноября инфлюэнціей, до того была совершенно здорова. Сначала болѣло только въ ухѣ, а потомъ заболѣло позади уха. Доставлена съ высокой t^0 и разстроеннымъ общимъ состояніемъ, учащеннымъ пульсомъ, отсутствіемъ аппетита, слабостью. Позади праваго уха краснота и отекъ, распространяющіеся и за область proc. mastoid. Proc. mastoid. при ощупываніи рѣзко болѣзненъ. При операціи трепанаціи отростка, соединенной съ удаленіемъ значительной части костной стѣнки наружнаго слухового прохода, весъ отростокъ оказался наполненнымъ гноемъ, все пораженное удалено долотомъ и острой ложкой, въ рану—тампонъ.

Больная, у которой при заживленіи раны не наблюдалось никакихъ осложненій, оставила больницу 29 января, съ маленькой хорошо гранулирующей ранкой; ухо не болитъ и изъ него нѣтъ гнойнаго отдѣленія.

3. Ф—я, 24 лѣтъ, поступила въ больницу 27 марта 1907 г., выписалась 5 апрѣля 1907 г. Mastoid purul. d., № листа 284. Дней за 5 до поступленія въ больницу заболѣло правое, до того здоровое ухо, а вслѣдъ за этимъ и область proc. mastoid. Изъ средняго уха идетъ гной, область proc. mastoid. по наружному виду не отличается отъ здоровой стороны, но боли въ немъ чрезвычайно сильныя, не уступающія ни согрѣвающимъ компрессамъ изъ tinct. opii, ни вкапыванію въ ухо раств. морфія. 29-го больная согласилась на операцію, такъ какъ t^0, уже повышенная, еще повысилась, боли все усиливались и общее состояніе до того разстроилось, что больная не поднимается съ постели. При трепанаціи, произведенной съ тою же особенностью, какъ и у первой больной, обнаружено расплавленіе костныхъ перегородокъ почти по всему proc. mastoid. и небольшое количество гноя. Въ рану—тампонъ. Въ тотъ же день t^0 пала и больше не повышалась, боли совершенно прошли, выписалась для амбулаторнаго леченія по семейнымъ обстоятельствамъ.

Операція трепанаціи сосцевиднаго отростка, при чемъ всегда вскрывалось и antr. mastoid. дѣлалась нами съ указанной особенностью, въ цѣляхъ скорѣйшаго заживленія, такъ какъ рана въ кости, въ обоихъ случаяхъ глубокая—около 1,5 ст., уплощается и быстрѣе поэтому заживаетъ. Полнаго удаленія стѣнки

отростка съ уничтоженіемъ покрышки надъ ходомъ изъ antr. mastoid. въ барабанную полость мы не дѣлали, считая этотъ пріемъ, на основаніи практики Госп. Хир. Клиники и результатовъ леченія за время моего тамъ пребыванія, особенно показаннымъ при затяжныхъ формахъ гнойнаго воспаленія средняго уха и proc. mastoid.

4. Polypus aur. sin. А—ва, 28 л., уроженка Сызранскаго уѣзда, поступила 14 іюня—1907 г., выписалась 18 іюня. № листа 490. Уже съ годъ имѣетъ полипъ, въ дѣтствѣ была течь изъ уха, затѣмъ замѣтнаго для больной отдѣленія изъ уха не было, слухъ до полипа былъ порядочный, а съ годъ уже больная на лѣвое ухо очень плохо слышитъ. Изъ лѣваго наружнаго ушного прохода выстоитъ полипъ до уровня возвышеній trag. и antitrag., полипъ имѣетъ видъ тутовой ягоды, сѣрокраснаго цвѣта, около полипа идетъ изъ уха слизисто-гнойная жидкость. Полипъ удаленъ въ одинъ сеансъ вмѣстѣ съ ножкой подведенной подъ полипъ петлей послѣ предварительнаго вкапыванія 5% sol. cocain. muriat. Остатокъ ножки у membran. tumpani прижженъ наплавленной на пуговчатый зондъ хромовой кислотой. Больная выписалась съ почти прекратившейся течью изъ уха, появилась затѣмъ дважды для новыхъ прижиганій съ хорошимъ сравнительно слухомъ.

Микроскопическое изслѣдованіе полипа, достигающаго величины владимирской вишни, показало, что наружная его поверхность покрыта въ болѣе глубокихъ частяхъ плоскимъ эпителіемъ, въ выстоящей же части эпителій принимаетъ характеръ эпидермиса. Въ большей своей части полипъ построенъ изъ рыхлой отечной соединительной ткани, въ которой разбросаны въ значительномъ количествѣ тонкостѣнные и расширенные кровяные сосуды и небольшое количество слизистыхъ кистъ, мѣстами попадается ткань и болѣе плотнаго строенія. Подъ эпителіемъ ближе къ ножкѣ полипа есть лимфатическіе хорошо сформированные фолликулы.

5. Ш—а, 47 л., поступила въ больницу 25 іюня 1907 г., выписалась 30 іюня Ulcus rodens palp. d. inf. № листа 503. Язва, величиною съ небольшую горошину, существуетъ два года, лечилась по мѣсту жительства прижиганіемъ ляписомъ.

Язва вырѣзана овальнымъ параллельнымъ краю вѣка разрѣзомъ, удаляясь отъ краевъ ея и достигая круговой мышцы вѣка

въ глубину; рана сшита безъ всякаго напряженія кожи вѣка, заживленіе per prim intent. безъ всякаго обезображиванія вѣка. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило клиническій діагнозъ.

6. П—о, 30 л., поступила 23 марта 1904 г., выписалась 31 марта. Combustio faciei № листа 287. Обширная ожога кожи лба, лѣвой щеки, носа и подбородка 2-й степени; правой височной области, правой щеки, правой подчелюстной области, переносья и обѣихъ вѣкъ 3-й степени. Ожога сѣрной кислотой. На мѣстѣ ожоги 3-й степени сдѣлана пересадка эпидермоидальнаго слоя кожи большими лоскутами; вся, напримѣръ, височная область закрыта однимъ лоскутомъ, также закрыта и щека. Гладкое приживленіе всѣхъ лоскутовъ, наружный уголъ глазной щели не отстаетъ отъ глазного яблока, только нижнее вѣко обоихъ глазъ съ теченіемъ времени стало выворачиваться, что больная исправила себѣ, уѣхавши по дѣламъ на родину въ Харьковъ и тамъ подвергшись новымъ операціямъ.

7, 8, 9. Этимъ тремъ больнымъ за № лист. 61 (1904 г.), 128 и 561 (1905 г.) произведены операціи Снеллена при заворотѣ вѣкъ, всѣ съ успѣхомъ, у одной больной (№ 61) послѣ предварительнаго леченія hyppopion. Кромѣ того у той же больной (№ 61) удаленъ лѣвый глазъ по поводу сильныхъ болей въ глазномъ яблокѣ и при полной стафиломѣ corneae. Во всѣхъ случаяхъ операціи предприняты по поводу трахомы и кромѣ перваго случая, гдѣ была сдѣлана правосторонняя Снеленовская операція, онѣ были двухсторонними. Проводилось послѣ операціи и леченіе трахомы во все время пребыванія больныхъ въ больницѣ.

10. М—а, 17 л. поступила въ больницу 24 мая 1905 г., выписалась 5 іюля. Fist. gland. parot. sin. № листа 360. Давно, больная точно не помнитъ сколько лѣтъ тому назадъ, у ней былъ нарывъ въ верхней части лѣвой стороны шеи, съ тѣхъ поръ остался свищъ, въ обычное время не отдѣляющій ничего, но стоитъ больной начать принимать пищу, какъ изъ свища отдѣляется большое количество жидкости, то болѣе, то менѣе густой. Отдѣленіе жидкости тяготитъ больную, такъ какъ смачиваетъ не только повязку, но и платье. Тонкій свищъ помѣщается въ области нижняго отрѣзка лѣвой околоушной железы. Подъ хлороформомъ произведено полное удаленіе свища, ранка затампонирована, отдѣленіе жидкости во время ѣды вскорѣ же прекратилось и съ прижиганіями ляписомъ ранка совершенно зажила.

11. Polypus nasi. Н—ва, 28 л., поступила 12 мая 1904 г., выписалась 20 мая. Удаленъ полипъ правой половины носа подъ кокаинъ-адреналиномъ величиною нѣсколько больше сливы, полипъ слизистый (микроскопическое изслѣдованіе). Полипъ удаленъ щипцами въ одинъ сеансъ, сидитъ на узкой ножкѣ.

12. Polyp. nasi. Т—ая, 22 л., поступала въ больницу въ 1907 г. трижды для удаленія множественныхъ полиповъ обѣихъ половинъ носа, удаленіе подъ кокианъ-адренолиномъ. Полипы слизистые, но на широкихъ ножкахъ.

13. Vulnus sclopet faciei. Ф—а, 29 л., поступила въ больницу 29 декабря 1904 г., выписалась 18 апрѣля 1905 г. Въ день поступленія въ больницу получила огнестрѣльное повремденіе верхней и нижней челюсти при выстрѣлѣ изъ револьвера, судя по добытой при операціи пули, 38-го калибра. Входное отверстіе пулевого канала находится на лѣвой скуловой кости, окружность котораго усѣяна множествомъ внѣдрившихся порошинокъ. Выходного отверстія на другой половинѣ лица не имѣется, пуля, прошедши тѣло верхней челюсти, разбивши твердое и разорвавши слизистую его и часть мягкаго неба, ударилась въ правую восходящую вѣтвь нижней челюсти вблизи угла нижней челюсти, произвела оскольчатый переломъ ея и вмѣстѣ съ осколками кости засѣла въ толщѣ околоушной железы. На вѣкахъ обоихъ глазъ кровоподтеки, кровоподтекъ распространяется на лѣвую половину лица. 30 декабря пуля вмѣстѣ съ осколками кости удалена чрезъ соотвѣтственный разрѣзъ, пуля деформирована. Въ операціонную рану—тампонъ, въ рану неба тампонъ, въ наружную же рану верхней челюсти, которая (челюсть), кстати сказать, оказалась не раздробленной, тампонъ не поставленъ. Указанныхъ тампоновъ оказалось достаточно для хорошаго стока отдѣляемаго. Къ концу февраля рана нижней челюсти заросла, срощеніе челюсти хорошее, никакого сведенія челюстей нѣтъ. Лѣвый глазъ видитъ плохо, при офтальмоскопированіи его дно глаза плохо видно благодаря оставшимся слѣдамъ кровоизліянія въ стекловидное тѣло. На небѣ отъ большой рваной раны осталась щель сант. 2 длиной и около 0,75 ст. шириной, щель расположена косвенно отъ лѣвыхъ рѣзцовъ къ правымъ зубамъ мудрости, отъ этой щели въ слизистой идутъ лучеобразно рубцы, плотно сросшіеся съ костными частями неба.

26 марта эта щель зашита подъ хлороформомъ по типичному методу uranoplastic. Сращеніе очень хорошее, чрезъ 5 дней, когда сняты швы, осталось едва видимое (съ булавочную головку) отверстіе, не мѣшающее больной пить и ѣсть, выговоръ постепенно исправился. Входное отверстіе на скуловой кости заросло еще раньше

14. Necrosis max. infer. Ш—а, 21 г., пост. въ больницу 28 іюня 1906 г., выпис. 13 октября 1906 г. Заболѣла недѣли за двѣ передъ поступленіемъ въ больницу, были каріозно-пораженные моляры нижней челюсти той и другой стороны, они болѣли и были удалены по одному заднему моляру на той и другой сторонѣ, послѣ чего появилось припуханіе на той и другой сторонѣ. Дней чрезъ 6 послѣ экстракціи зубовъ уже съ припуханіемъ лица рожала въ Городскомъ родильномъ ж. д. покоѣ, тамъ для стока уже появившагося гноя выдернуты были еще по зубу съ той и другой стороны, припуханіе не уменьшилось, а стало еще больше. При поступленіи вся область нижней челюсти представляетъ обширный инфильтратъ мягкихъ частей, ротъ открывается едва на 1 сант., изъ рта идетъ въ обильномъ количествѣ гной, t^0 высокая, общее состояніе тяжелое. Подъ наркозомъ 28 іюня сдѣланы разрѣзы съ той и другой стороны по ходу горизонтальной части нижней челюсти до клыковъ, начиная отъ угла челюсти. Челюсть представляется обнаженной отъ надкостницы, омывается гноемъ, нарывы поднимаются и по восходящимъ частямъ нижней челюсти до скуловой дуги. Въ раны тампоны, по средней линіи подбородочной области разрѣзъ въ мягкихъ только тканяхъ, въ него тампонъ; у больной осталось на нижней челюсти изъ моляровъ только одинъ слѣва и всѣ остальные зубы (рѣзцы, клыки и премоляры) на остальной части нижней челюсти, всѣ они сильно шатаются; премоляры сильнѣе, около нихъ выходитъ гной.

Послѣ разрѣзовъ t^0 постепенно пришла къ нормѣ, больная свободно стала пропускать жидкую пищу, изъ рта и ранъ идетъ много гноя. Такъ дѣло длилось, пока я зондомъ не убѣдился въ подвижности въ ранѣ омертвѣвшей нижней челюсти. Тогда 1 августа подъ наркозомъ удалилъ ей всѣ омертвѣвшія части: слѣва удалена вся восходящая вѣтвь съ сочленовнымъ и вѣнечнымъ отросткомъ, вся горизонтальная часть челюсти до клыка, корни премоляровъ на внутреннихъ ихъ поверхностяхъ оказались обнаженными; справа удалена восходящая вѣтвь челюсти, но безъ

суставного отростка, онъ остался на мѣстѣ, и почти такой же участокъ горизонтальной части нижней челюсти, что и слѣва, корни премоляровъ оказались и здѣсь обнаженными на внутреннихъ ихъ поверхностяхъ. Мы удалили только то, что свободно удалялось и хотя средняя часть челюсти и внушала подозрѣнія, мы оставили ее. Въ дальнѣйшемъ теченіи изъ средней части челюсти чрезъ раны и слизистую оболочку отдѣлилось нѣсколько секвестровъ, какіе встрѣчаются при заразномъ остіоміэлитѣ костей, но средняя часть челюсти удержалась. Постепенно раны стали выполняться, отдѣляемое изъ нихъ стало незначительнымъ, а изъ рта совершенно прекратилось, зубы кромѣ моляра укрѣпились и больная все время по нашему настоянію старавшаяся шире открывать ротъ, оставила больницу на пути къ заживленію ранъ, продолжала амбулаторно лечиться у меня и здѣсь вышло еще 2—3 секвестра изъ средней части челюсти, но въ концѣ концовъ раны зажили, зубы, кромѣ моляра, который пришлось удалить, остались на своемъ мѣстѣ, прикусъ почти не измѣнился, ротъ у больной открывается на 2,5—3 сант. Сдѣлано наставленіе о массажѣ области нижней челюсти. Закончила леченіе около половины мая 1906 г.

Случай этотъ, если обратить вниманіе на казуистику, приведенную въ руков. практич. Хирургіи Bergm., Bruns'а и Mik. является довольно рѣдкимъ по своему исходу при обширности пораженія.

15. Necros. proc. alv. max. infer. № листа 492. Б—я, 5 л., пост. въ больницу 30 іюня 1906 г., выпис. 16 іюля. Недѣли двѣ тому назадъ у больной около жевательнаго зуба лѣвой стороны появился флюсъ, онъ повелъ къ омертвѣнію альвеолярнаго отростка нижней челюсти сант. на 5. Гной свободно вытекаетъ. 12 іюля, когда омертвѣвшій участокъ сталъ подвиженъ, онъ вмѣстѣ съ клыкомъ и обѣими жевателями удаленъ, полость затампонирована. Больная выписана по желанію матери на пути къ выздоровленію.

16. Necros. proc. alveol. max. inf. № листа 683. П—а, 32 л., поступила въ больницу 21 октября 1907 г., выпис. 1 ноября. Три года тому назадъ болѣли зубы съ образованіемъ опухоли у больныхъ зубовъ, нарывъ разрѣзали и съ тѣхъ поръ изъ оставшейся припухлости идетъ гной. Рядомъ съ шатающимися зубами ощупывается секвестръ. Зубы (премоляры и 1-й моляръ) и секвестръ

удалены, послѣ впрыскиванія эйкаина въ подслизистую той и другой стороны челюсти, чрезъ рану, образованную отслоеніемъ слизистой отъ зубовъ. Выписалась съ значительно выполнившейся полостью.

17. Epulis. С—а, 61 г., поступила въ больницу 16 марта 1904 г., выписалась 18 марта. Съ сентября 1903 г. больная замѣтила соотвѣтственно утраченному и болѣвшему ранѣе первому моляру лѣвой стороны нижней челюсти маленькую опухоль, которая постепенно росла и въ настоящее время немного болѣе грецкаго орѣха. Опухоль съ костью тѣсно не связана—она слегка подвижна и на верхушкѣ несетъ маленькую язвочку. Удаленіе ея изъ полости, образовавшейся въ нижней челюсти, удалось хорошо подъ кокаиномъ, полость послѣ прижиганія термокаутеромъ затампонирована; чрезъ день больная выписалась для амбулаторнаго леченія. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль состоитъ изъ гигантскихъ клѣтокъ, рѣдко расположенныхъ въ соединительно-тканной стромѣ опухоли.

18. № 141 Angina phleg. d. Г—а, 25 л., въ больницу пост. 13 февраля 1907 г., выпис. 15 февраля. Гнойникъ правой миндалины вскрытъ широкимъ разрѣзомъ, послѣ чего къ вечеру того же дня больная почувствовала себя лучше, а 15 февраля, чувствуя себя оправившейся отъ болѣзни, выписывается.

За отчетный періодъ времени у амбулаторныхъ больныхъ таже операція была произведена пять разъ.

б) Болѣзни шеи.

19. Limphad. purul. submax. et colli sin. № 762. Т—а, 55 л., пост. въ больницу 18 ноября 1904 г., вып. 5 декабря 1904 г. Доставлена въ больницу съ повышенной t^0 и значительно разстроеннымъ общимъ состояніемъ. Въ лѣвой подчелюстной области большой нарывъ, соприкасающійся инфильтратомъ съ глубокимъ нарывомъ на боковой сторонѣ шеи, расположеннымъ кнутри отъ m. st. cl. mastoid. Началось заболѣваніе съ подчелюстной области, во рту ничего не болѣло. Нарывы вскрыты подъ наркозомъ. Больная, чувствуя себя оправившейся, съ хорошо гранулирующими ранами, выписывается 5 декабря.

20. Limphad. purul. submax. d. Д—тъ. № 674. 18 лѣтъ, поступила въ больницу 6 сентября 1906 г., выписалась 14 сентября. Недѣлю тому назадъ справа подъ нижней челюстью появилась подъ кожей подвижная болѣзненная припухлость, постепенно увеличивавшаяся и сдѣлавшаяся неподвижной. При поступленіи въ больницу покраснѣвшая припухлость занимаетъ всю подчелюстную область. Разрѣзъ сдѣланъ подъ наркозомъ, въ рану тампонъ. Больная покинула больницу, чувствуя себя оправившейся отъ болѣзни.

21. Phlegm. submax. sin. № листа 519. К—ая, 27 л., поступила въ больницу 30 іюня 1907 г., выписалась 2 августа. Началось дѣло съ флюса лѣвой стороны нижней челюсти, причина его гнилые моляры. Больная не согласилась вскрыть нарывъ, между тѣмъ болѣзнь распространилась на всю подчелюстную область той же стороны, вся соотвѣтственная половина лица отечна и инфильтрована до линіи хода Стенонова протока. Разрѣзъ флегмоны подъ наркозомъ параллельно челюсти подъ ея краемъ, челюсть оказалась обнаженной снаружи и снизу отъ надкостницы, но видъ ея здоровый. Въ рану тампонъ. Этотъ случай леченъ мною тепломъ поверхъ повязки, полное заживленіе раны послѣдовало чрезъ 2,5 недѣли послѣ операціи. Случай опубликованъ мною въ краткихъ чертахъ въ работѣ, трактующей о примѣненіи тепла при леченіи гнойныхъ ранъ.

22. Largnyit. cruposa, bronch. et. pneum. cath. sin. № листа 718. В—а, 8 л., поступила въ больницу 1 сент. 1904 г., выписалась 17 сент. Началось съ кашля и общаго недомоганія. При поступленіи въ больницу въ глоткѣ ничего ненормальнаго, откаркиваетъ вмѣстѣ съ кашлемъ много пленокъ, сильный стенозъ гортани—больная синюшна. Въ лѣвомъ легкомъ перкутируется притупленіе съ тимпаническимъ оттѣнкомъ, при выслушиваніи влажные и сухіе хрипы. Подъ наркозомъ трахеотомія. Микроскопическое изслѣдованіе слизи и пленокъ, выхаркиваемыхъ естественнымъ путемъ, а потомъ чрезъ трубочку, показало отсутствіе въ нихъ дифтеритныхъ бациллъ. При соотвѣтствующемъ леченіи, но безъ впрыскиванія противудифтеритной сыворотки, болѣзненныя явленія уменьшились, пленки перестали отдѣляться, а мокрота стала жидкой. Трубочка вынута на 6-й день, постепенно прошли и явленія катаральной пневмоніи. При леченіи примѣнены согрѣвающіе компрессы на грудь и горчичники; внутрь Infus.

Ipecac. 0,2: 180,0, syr. rad. senegae 10,0 и Liq. ammon. anisati 0,5; пульверизація 1% Natr. Chlorat. и Natr. bicarb. каждые ¼ часа передъ отверстіемъ трах. трубочки.

Картина болѣзни очень напоминаетъ описанную докторомъ Jocod (la sem. medic. 1907 г. № 43), леченіе же, примѣненное мной въ значительной степени совпадаетъ съ рекомендуемымъ имъ.

23. Dyspnoe post tracheotom № листа 98. М—въ, 3 л., пост. въ больницу 2 февр. 1906 г., выпис. 10 апр. Поступилъ изъ Омской ж. д. больницы, гдѣ была сдѣлана трахеотомія по поводу стеноза гортани. удалить трубочку было нельзя, ибо возникали асфиктическіе припадки. Въ Томской больницѣ, куда больной поступилъ во время моей болѣзни, сдѣлано было подъ наркозомъ выскабливаніе грануляцій, но это дѣло не улучшило. Мы имѣли и свой опытъ, что иногда асфиктическіе припадки при удаленіи трубочки основываются на быстромъ прекращеніи притока воздуха чрезъ трубочку и направленія его по новому нормальному руслу, такъ было въ нѣсколькихъ случаяхъ оперированныхъ проф. Салищевымъ. Больные дѣти пріучались дышать черезъ гортань только тогда, когда наружное отверстіе окончатой трубочки мы затыкали у глубоко спящаго ребенка (въ первый сеансъ ребенокъ минутъ черезъ 10 просыпался). Обыкновенно въ два—три сеанса ребенокъ уже начинаетъ дышать чрезъ гортань и бодрствуя, послѣ этого легко удается удалить трубочку. Испробовавъ этотъ невинный пріемъ, мы убѣдились въ безполезности его и сдѣлали подъ наркозомъ послѣ предварительной лярингоскопіи, убѣдившей насъ въ нормальномъ состояніи гортани, сѣченіе гортани вверхъ до мѣста прикрѣпленія голосовыхъ связокъ къ щитовидному хрящу, не затрогивая его, и внизъ трахеи на одинъ хрящъ. Трахеотомія же была сдѣлана въ перстневидномъ хрящѣ. На мѣстѣ положенія трубочки слизистая собрана въ продольныя складки и эрозирована, а частью гранулируетъ, и ближе къ трахеотомической ранѣ несетъ обильныя грануляціи, грануляціи выскоблены и рана хрящей и слизистой сшита тремя съемными швами, на прежнее мѣсто поставлена трахеотомическая трубочка. На 6-й день сняты швы, а на 2-й удалена трубочка, ребенокъ дышитъ свободно. Дней чрезъ 5 послѣ удаленія трубочки ранка трахеи закрылась, осталась только въ мягкихъ частяхъ, ребенокъ кричитъ чуть чуть сиплымъ голосомъ. Выписанъ по желанію матери для леченія на дому.

28. Struma Sin. Н—къ, 29 л., поступ. въ больницу 10 декабря 1906 г., выписалась 20 окт. № листа 773. Съ лѣвой стороны шеи въ области щитовидной железы три года тому назадъ больная замѣтила опухоль; она медленно росла и въ послѣднее время стала препятствовать глотанію, вызывать одышку, голосъ замѣтно ослабѣлъ. Опухоль занимаетъ всю лѣвую долю железы, доходитъ до верхняго уровня щитовиднаго хряща, внизу же заходитъ нѣсколько за грудину. Опухоль зернистая на ощупь, въ ней глубокое зыбленіе. Операція произведена на подвижной опухоли послѣ пріема въ теченіи мѣсяца thyreoid. изъ разрѣза параллельнаго m. st. cl. mastoid., у больной длинная шея. Произведено удаленіе больной половины железы послѣ предварительной перевязки кровяныхъ сосудовъ нижняго и верхняго отдѣла железы, капсула железы, съ которой срощенъ n. laryng. infer,, оставлена на мѣстѣ, въ рану поставленъ тампонъ, большая же часть ея зашита. Тампонъ удаленъ на 3-й день, швы на 5-й. Рана срослась кромѣ мѣста выхода тампона первымъ натяженіемъ. Больная выписалась съ маленькой гранулирующей поверхностью. Опухоль съ гусиное яйцо величиной, содержитъ внутри кровянистую несвѣжаго происхожденія жидкость въ полости, образовавшейся на счетъ разрушенія вещества опухоли кровоизліяніемъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи окружающей жидкость стѣнки, толщиною мѣстами въ 1 сант., мѣстами въ 1,5 сант., она состоитъ изъ эпителіальныхъ пузырьковъ, въ значительной степени растянутыхъ коллоиднымъ содержимымъ, и на нѣкоторыхъ мѣстахъ атрофированныхъ, т. е. имѣлось дѣло съ колоиднымъ перерожденіемъ больной половины железы съ кровяной кистой въ ней.

29. Struma dextr. № листа 119. Ш—а, 38 л., поступила въ больницу 4 февраля 1907 г., выписалась 14 февраля. Замѣтила годъ тому назадъ съ наперстокъ величиною опухоль въ области правой доли щитовидной железы, теперь опухоль съ куриное яйцо. Больная крѣпкаго сложенія съ короткой шеей. Сдѣлана энуклеація опухоли изъ правой доли щитовидной железы чрезъ Кохеровскій воротниковый разрѣзъ. Опухоль представляетъ изъ себя кисту съ толстыми до 1 сант. стѣнками, на внутренней поверхности которыхъ много выпячиваній на подобіе цвѣтной капусты внутрь кисты и валико-образныхъ выступовъ. Жидкость въ кистѣ старо-кровянистая. При микроскопическомъ изслѣдованіи пролиферирующая киста щитовидной железы.

Въ представившихся намъ еще нѣсколькихъ случаяхъ струмы, гдѣ операцію по какимъ либо соображеніямъ, касающимся общаго состоянія больныхъ, не производили, мы пользовались исключительно при коллоидныхъ перерожденіяхъ железы, каковыя формы намъ далѣе попадались, фосфоромъ въ малыхъ дозахъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ были осложненія со стороны глотанія и чувство непріятнаго давленія со стороны зоба, эти явленія были устранены вмѣстѣ съ замѣтнымъ уменьшеніемъ зоба пріемами фосфора въ теченіе 1,5 мѣсяцевъ, не смотря на то, что зобъ былъ у 55 л. женщины и существовалъ около 20 лѣтъ съ лишнимъ.

30. Fibrosarc. Colli prof. № листа 66, Ш—ва, 17 л., поступила въ больницу 19 янв. 1904 г., выписалась 27 янв. Больная точно не помнитъ, когда она замѣтила у себя на правой сторонѣ задней области шеи опухоль, но утверждаетъ, что вмѣстѣ съ увеличеніемъ опухоль стала болѣть и больная уже съ мѣсяцъ замѣчаетъ наступающее похуданіе. Соотвѣтственно m. scaleni у больной съ правой стороны шеи ощупывается опухоль съ голубиное яйцо величиной, а далѣе кзади большая опухоль съ гусиное яйцо величиною; послѣдняя опухоль расположена подъ мышцами заднебоковой области шеи, первая подъ лѣстничными мускулами, обѣ имѣютъ очень ограниченную, но констатируемую подвижность. Опухоли очень плотныя на ощупь, но гладкія, безъ выступовъ. Вылущеніе опухолей произведено изъ двухъ отвѣсныхъ разрѣзовъ соотвѣтственно положенію опухолей. Обѣ опухоли оказались непосредственно лежащими на апоневрозѣ, покрывающемъ позвоночникъ, первая подъ m. scal. ant., вторая на поперечныхъ отросткахъ позвонковъ. Опухоли оказались лежащими въ капсулахъ и не срощены съ окружающими частями. Раны зашиты и только въ мѣсто расположенія меньшей опухоли поставленъ небольшой тампонъ. Первое натяженіе. При микроскопическомъ изслѣдованіи обѣ опухоли оказались фибросаркомами. Больную послѣ того мы видѣли дважды въ 1905 г. и концѣ 1906 г., больная рожала; она пополнѣла, выглядитъ здоровой и возвратовъ опухолей не имѣетъ.

Случай рѣдкій, препараты изъ опухолей показаны мною профессору Ф. И. Романову.

31. Sarc. gland. carot. (glom. c.) № листа 565. К—а, 25 л., поступила въ больницу 22/VII, выбыла 27/VIII,—подробно описана въ моей работѣ объ опухоляхъ glom. carot. подъ № вторымъ.

Опухоль растетъ семь лѣтъ, въ послѣдніе годы быстрѣе, больная стала худѣть. Опухоль начинается около ушной мочки лѣвой стороны, лежитъ частью ниже m. omohyoidei, надъ ней расположены крупные шейные сосуды, опухоль слегка подвижна, дыхательное горло и гортань рѣзко смѣщены ею вправо. Гортань при ларингоскопическомъ изслѣдованіи нормальна. Предположена опухоль glom. carot. Вылущеніе ея изъ разрѣза въ видѣ буквы У. Сначала отъ опухоли отдѣленъ весь сосудистый пучекъ на всемъ его протяженіи, затѣмъ послѣ предварительной перевязки по преимуществу венозныхъ сосудовъ до карандаша толщиной освобождена изъ рыхлыхъ соединеній передняя, боковая и нижняя поверхность опухоли, при отдѣленіи задней значительное венозное кровотеченіе заставило разомъ удалить опухоль изъ ея ложа; кровотеченіе остановлено частью лигатурами, частью тугой тампонадой, надъ которой рана зашита. Опухоль нигдѣ не срослась съ окружающими частями, вездѣ ограничена капсулой. Подъ кожу 700 cc. 0,75$^0/_0$ sol. Natr. chlor. и 0,002 Strichn. nitr. Выписана съ сухими корочками на мѣстѣ бывшаго тампона. Небольшое съуженіе лѣваго зрачка, хотя въ видимый конфликтъ съ n. sympat. мы не вступали. Этотъ феноменъ нерѣдко наблюдается и другими авторами при операціи опухолей glom. carot. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что мы имѣемъ дѣло съ веретенообразно-клѣточковой саркомой, выросшей на почвѣ опухоли glomus, почти разрушившей и замѣстившей ее. Третій случай саркомы опухоли glomus carticum, считая съ двумя литературными.

32. Carbunculus colli № листа 716. Поступила въ больницу 2/XI—05 г., выписалась 7/XII. Ш—ва, 58 л. Послѣ приставленія въ 6 мѣстахъ піявокъ къ кожѣ задней области шеи развился карбункулъ, занимающій почти всю заднюю область шеи отъ границы волосистой части головы и шеи до proc. promin. Тяжелое общее состояніе при t^0 за 39^0. Крестообразный разрѣзъ во всю ширину и глубину инфильтрата, масса пробокъ сидитъ на lig. nuchae, клѣтчатка вся омертвѣла; все пораженное тщательно выскоблено острой ложкой, раны затампонированы. На третій день t^0 пришла къ нормѣ, дальше шло гладкое теченіе заживленія раны и больная выписалась для амбулаторнаго леченія оправившейся отъ болѣзни.

Такая же операція сдѣлана въ 1905 г. и 1907 г. мною и двумъ амбулаторнымъ паціэнтамъ, но въ меньшихъ размѣрахъ, оба выздоровѣли.

с) Болѣзни груди.

33. Lymphad. axill purul. d № листа 87. Пост. 23/I—1904 г., выпис. 27/I—1904 г. Р—ва, 40 лѣтъ. Послѣ перенесеннаго крупознаго воспаленія легкихъ, поступила въ больницу съ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ железъ подмышечной области, перешедшимъ на стѣнку груди. Разрѣзъ нарывовъ, въ рану тампонъ. Въ гною стафилококкъ при микроскопическомъ изслѣдованіи гноя. Выписывается для амбулаторнаго леченія. Описываю этотъ случай въ болѣзняхъ груди потому, что нагноеніе захватило и грудную стѣнку.

34. Phlegm. axillae et thorac. № листа 129. С—а, 25 л., поступила въ больницу 6/II—1907 г., выписалась 14/II. Хвораетъ около двухъ мѣсяцевъ. Флегмона захватила всю подмышечную область, всю подключичную впадину, полость флегмоны лежитъ какъ подъ, такъ и надъ всѣмъ m. pect. maj., равно въ нагноеніе захвачена и боковая поверхность груди правой же стороны до 7-го ребра внизъ. Сдѣланы два разрѣза: отъ axilla внизъ по боковой стѣнкѣ груди до 7-го ребра и по передней поверхности груди отъ ключицы до грудной железы, которая нагноеніемъ не затронута—грудь отвислая. Выписана оправившейся отъ тяжелаго общаго состоянія, съ хорошо заживающими ранами и скуднымъ отдѣляемымъ изъ нихъ для амбулаторнаго леченія. Въ гною при микроскопическомъ его изслѣдованіи стафилококкъ.

35—40. Mastitis purul. acuta. Не приводя всѣхъ исторій болѣзней острыхъ гнойныхъ мастистовъ, занимавшихъ толщу самой ткани железы, долженъ упомянуть, что всѣ они—маститы—наблюдались у женщинъ, кормившихъ грудью, пять изъ нихъ были вызваны стафилококкомъ, который и найденъ въ гною при микроскопическомъ его изслѣдованіи, одинъ стрептококкомъ—имѣлъ очень вялое теченіе. Объ одномъ изъ маститовъ, вызванныхъ стафилококкомъ, леченномъ при помощи тепла, упомянуто мною въ работѣ о дѣйствіи тепла на гноящіяся раны. Разрѣзы при маститахъ производились всѣ безъ исключенія въ радіальномъ къ соску направленіи.

41. Mastitis purul. chr. d. № листа 277. Б—а, 35 л., дѣвица, не рожавшая, поступила въ больницу 14/IV—1906 г., выбыла 11/X—1906 г. Заболѣла по ея словамъ внезапно 2 мѣсяца тому назадъ, были боли въ правой грудной железѣ и сильно распухала грудь, затѣмъ гной проложилъ себѣ дорогу въ нѣсколькихъ мѣстахъ груди и былъ нарывъ въ подмышечной впадинѣ.

На правой грудной железѣ —ея наружно-верхней половинѣ— имѣется нѣсколько отверстій, изъ которыхъ идетъ жидкій гной, все пораженное мѣсто уплотнено равномѣрно, съ характеромъ рубцоваго уплотненія. Во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго нѣтъ, больная блѣдна, но по ея словамъ не похудѣла за время болѣзни, а и ранѣе была худощава. Увеличенныхъ железъ въ axilla нѣтъ. Рубцово-измѣненная часть железы съ сѣрыми отечными грануляціями внутри гнойной полости изсѣчена, рана на большей части протяженія зашита, въ нижній уголъ ея тампонъ. Внутрь Arsen. и Ferr., пребываніе на свѣжемъ воздухѣ. Рана черезъ мѣсяцъ совершенно заросла, больная же долго была въ больницѣ изъ-за многочисленныхъ острыхъ небольшихъ гнойниковъ, бывшихъ въ правой подмышечной впадинѣ, часть которыхъ была гнойнымъ воспаленіемъ лимфатическихъ железъ. Микроскопическаго изслѣдованія препарата не было произведено благодаря большой текущей работѣ. Больная оставила больницу здоровой, пополнѣвшей и румяной отъ постояннаго пребыванія на свѣжемъ воздухѣ.

42. Sarc. cut. thorac. № листа 468. З—а, 50 л., пост. въ больницу 8/VII—1905 г., вып. 6/VIII. Ближе къ средней линіи тѣла между грудными железами давно у больной существовала мягкая опухоль на ножкѣ, за послѣдній мѣсяцъ она изъязвилась и стала быстро увеличиваться, достигши величины голубинаго яйца. Опухоль изъязвлена на верхушкѣ, ціанотично окрашена, у основанія ея замѣтны расширенные венозные сосуды. Опухоль вырѣзана широкимъ разрѣзомъ вмѣстѣ съ подлежащей фасціей и рана зашита. Первое натяженіе. Увеличенныхъ железъ и опухолей въ другихъ мѣстахъ нѣтъ. Подъ микроскопомъ кругло-клѣточковая саркома, не перешедшая еще черезъ ножку въ толщу подлежащей кожи. У той же больной подъ вліяніемъ травмы, имѣвшей мѣсто три мѣсяца тому назадъ, не прекращаетъ болѣть лѣвое плечо. Соотвѣтственно сухожилію m. bicip. между бугорками плеча констатируется наиболѣе болѣзненное мѣсто на

плечѣ и нѣжная крепитація. Боли и крепитація прошли въ больницѣ подъ вліяніемъ электризаціи превывистымъ токомъ.

43. Fistulae thorac. post. emp. № листа 294. Ф—а, 19 л., пост. въ больницу 29 апр. 1905 г., выписалась 15 іюн. 1905 г. Доставлена слабой и со свищами на задней поверхности правой половины грудной клѣтки; свищи остались послѣ резекціи реберъ, предпринятой по поводу гнойнаго плеврита, бывшаго послѣ скарлатины. Свищи ведутъ въ грудную полость въ направленіи къ позвоночнику соотвѣтственно 9 и 8 ребрамъ, изъ свищей идетъ гной. Произведена резекція окостенѣвшихъ участковъ резицированныхъ реберъ и продолженіе ихъ почти до позвоночника. Въ полости, бывшей подъ ребрами и вскрытой на всемъ протяженіи оказались три резиновыхъ дренажныхъ трубки, каждая не менѣе 10—12 сант. длиной и толще карандаша. Въ рану тампонъ. Больная выписалась оправившейся отъ слабости и съ выполнявшейся полостью для амбулаторнаго леченія по собственному желанію. Въ 1908 г. я видѣлъ больную полной и крѣпкой съ очень маленькимъ, не зарубцевавшимся остаткомъ полости.

д) Болѣзни живота, поврежденія его, болѣзни половыхъ и мочеполовыхъ органовъ.

44. Lipoma pariet. abdom. № листа 356. О—я, 25 лѣтъ, пост. въ больницу 22 мая 1905 г., выпис. 7 іюня. Больная малокровная. У правой sp. il. ant. sup. кнутри прощупывается опухоль больше куринаго яйца, малоподвижная на своемъ основаніи, мягкая, дольчатая. При удаленіи подъ липомой оказалась недостача сухожилія m. obl. abd, ext. Края дефекта сухожилія сшиты. Швы на рану. Первое натяженіе.

45. Ater. par. abd. № листа 629. Д—а, 23 л., пост. въ больницу 18 авг. 1906 г., вып. 27 авг. Небольшая раньше опухоль въ послѣднее время стала быстро расти, достигла величины грецкаго орѣха, кожа надъ опухолью перестала смѣщаться, опухоль круглая, очень плотная. При удаленіи атерома, выполненная плотнымъ содержимымъ, подъ микроскопомъ ничего ненормальнаго. Первое натяженіе.

При операціяхъ въ брюшной полости, сопряженныхъ съ проникновеніемъ въ полость брюшины, всегда соблюдались, если позволяло время, правила тщательной очистки кишечника отъ со-

державшаго при помощи жидкой діэты дня за два до операціи, назначеніемъ слабительныхъ и клизмъ. Кожа же оперируемыхъ подвергалась за это время тщательной очисткѣ повторными мыльными ваннами и накануне операціи и въ день операціи, а на операціонномъ столѣ еще разъ кожа тщательно очищалась щеткой, мыльнымъ спиртомъ и теплымъ растворомъ сулемы 1%, который послѣ мытья тщательно удалялся изъ подъ оперируемыхъ приведеніемъ стола Hahn'a, на которомъ производились такія операціи, въ наклонное положеніе и вытираніемъ стерильными полотенцами.

46. Hernia par. abd. № листа 448. К—а, 30 л., пост. въ больницу 28 мая 1904 г., вып. 13 іюня. Долго и безуспѣшно лечилась отъ катарра желудка. Выше пупка, немного влѣво отъ средней линіи расположена съ куриное яйцо величиной, зернистая на ощупь, довольно плотная опухоль, болѣзненная, неподвижная у основанія—брюшной стѣнки, съ которой ощупывается живая связь опухоли. При операціи оказалось въ сухожиліи m. rect. abdom. два отверстія, расположенныхъ на 0,5 сант. другъ отъ друга, въ оба отверстія выходитъ плотная жировая ткань, спаянная по выходѣ своемъ въ одно цѣлое. Перемычка между отверстіями—величина ихъ не превышаетъ 0,5 сант. перерѣзана, ножка отпрепарирована, въ ней оказался брюшинный мѣшокъ, въ немъ сальникъ, приросшій къ брюшинному кольцу. Приросшій сальникъ перевязанъ и отсѣченъ, брюшина закрыта лигатурой, а брюшная стѣнка этажнымъ швомъ въ поперечномъ ходу m. rect. abd. направленіи. Швы на кожу. Первое натяженіе.

47. Hernia par. abd. № листа 598. С—а, 40 л., пост. въ больницу 15 авг. 1906 г., вып. 22 авг. Года два тому назадъ сдѣлана мною операція остраго гнойнаго аппендицита по Sonnenburg'y. На мѣстѣ рубца стало образовываться около года тому назадъ выпячиваніе съ выпаденіемъ въ него кишекъ. За годъ выпячиваніе достигло величины головы младенца, но больная согласилась на операцію только благодаря сильнымъ болямъ, локализирующимся у пупка и выше. Боли усиливаются при стояніи и работѣ, когда выходитъ больше внутренностей. Длина грыжевого кольца по линіи рубца сант. 10. При операціи овальнымъ разрѣзомъ удаленъ вмѣстѣ съ растянутой кожей и грыжевой мѣшокъ, имѣющій на внутренней поверхности много вдавленій—слѣды расположенія здѣсь кишечныхъ петель. Швы на брюшину, от-

дѣльно мышцы и апоневрозъ m. abliq. abdom. ext. Швы на кожу. Первое натяженіе. Больная оставила больницу, избавившись отъ болей.

Той же больной въ ноябрѣ 1907 г. пришлось вновь дѣлать операцію грыжи въ растянувшейся верхней части рубца, нижняя часть сант. въ 8 осталась цѣлой. Больная, по ея словамъ, не соблюдала наставленій не работать мѣсяца 4, а по выходѣ изъ больницы тутъ же принялась и бѣлье стирать, и полы мыть, и тяжести поднимать. Грыжа достигла прежнихъ размѣровъ. Операція подъ 1% sol. eucain. B. Грыжевой мѣшокъ сшитъ кисетнымъ швомъ, а брюшная мышечная стѣнка матрацнымъ швомъ, поверхъ же на сухожиліе m. obliq. abd. exter. узловатый шовъ. Швы на кожу, а въ отлогое мѣсто раны тампонъ. Первое натяженіе, кромѣ мѣста тампона. Недѣли чрезъ 3½—4 послѣ операціи у амбулаторно посѣтившей насъ больной гнойникъ на мѣстѣ 1—2-хъ швовъ мышцъ, оттуда вышла шелковина и гнойникъ вскрылся.

48. Hernia umbilic. № листа 309. Щ—а, 52 л., пост. въ больницу 26 апр. 1906 г., выписалась 22 мая. Грыжа давняя, у рожавшей женщины, все больше увеличивается, величиною съ малое куриное яйцо, не вправляется, видны небольшіе кровяные сосуды подъ кожей, грыжа очень болѣзненна. При операціи грыжъ пупка мы всегда удаляемъ пупокъ овальнымъ разрѣзомъ; отсепаровавъ мѣшокъ и вскрывши его, поступаемъ сообразно обстоятельствамъ. Сшиваніе брюшной стѣнки ведется широко-захватывающими швами въ поперечномъ ходу прямыхъ мышцъ живота направленіи. Такъ сдѣлано и въ данномъ случаѣ; приросшій сальникъ рецизированъ. На мышечно-апоневротическую стѣнку двухэтажный шовъ. Швы на кожу, между ними тонкій тампонъ. Первое натяженіе.

49. Hernia umbil. № листа 127. Т—къ, 30 л., пост. въ больницу 6 февр. 1907 г., выписалась 9 марта. Грыжа съ голубиное яйцо, давняя, очень болѣзненная, вправимая. При операціи кольцо сант. 2 въ діаметрѣ. Шовъ на брюшину, швы на апоневрозы въ поперечномъ направленіи, на m. recti abdom. въ продольномъ. Швы ни кожу и маленькій между ними тампонъ Первое натяженіе.

50. Hernia umbilic., Myocardit., diat. uric., lacer.. perin. permatura. № листа 675 С—ръ, пост. въ больницу 17 октябр. 1907 г., вып. 13 нояб. У больной небольшое расширеніе тупости сердца.

1-й тонъ глухой, бываютъ перебои. Синюшное окрашиваніе губъ, носа, особа жирная и вялая. 14 лѣтъ существуетъ пупочная грыжа, она больше кулака, пупочное кольцо сант. 7—8 въ діаметрѣ. Осадки мочекислыхъ солей въ мочѣ.

Операція подъ хлороформомъ, на мѣстную анестезію больная не согласилась, хлороф. 30 gm., спала хорошо, послѣ операціи не тошнило. На грыжевой мѣшокъ кисетный шовъ. Поперечное сшиваніе апоневроза. Кожа зашита и между швами тампонъ. Швы сняты на 6 день, послѣ этого перевязка на 3-й день. Средина кожной раны разошлась шва на 3—4. Новые швы на кожу, поверхъ повязки пузырь съ горячей водой, срощеніе. Случай упомянутъ въ работѣ о вліяніи тепла на раны.

51. Hernia umb. suppur., graviditas. № листа 716. П—а, 31 г., пост. въ больницу 2 ноября 1907 г., выписалась 5 ноября. Беременна на 6 мѣсяцѣ. Грыжа, существующая давно, въ послѣднее время нагноилась, выходили омертвѣвшія части. Изъ полости нарыва идетъ гной, но плохо опорожняется. Подъ eucain B разрѣзъ, въ рану тампонъ, поверхъ повязки пузырь съ горячей водой. Выписывается съ прекратившимися болями для амбулаторнаго леченія по собственному желанію.

Упомянемъ, что операція пупочной грыжи была сдѣлана и еще у одной больной, у которой сдѣлана въ одинъ сеансъ и операція усѣченія червеобразнаго отростка, гдѣ и будетъ приведенъ листъ больной.

52. Corpus alien hern. umbil. № листа 758. Д—а, 7 л., поступила въ больницу 19 ноября 1907 г., умерла 8 декабря. Пупочная грыжа съ рожденія. 7 мѣсяцевъ тому назадъ больная, вправивши грыжу, затолкала внутрь игрушки—пломбу отъ вагона и чашечку отъ игрушечнаго самовара. Пупочное отверстіе съужено до 1 сант., изъ него идетъ дурно пахнущій гной. Дѣвица во всемъ остальномъ здоровая. Удаленіе и послѣ надрѣзовъ рубцеизмѣненной кожи пупочнаго кольца удалось подъ хлороформомъ съ нѣкоторымъ насиліемъ. Чрезъ три дня приступъ воспаленія брюшины, какъ выяснилось, около слѣпой кишки, тамъ образовался гнойникъ, вскрывшійся въ грыжевой мѣшокъ, но не опорожнявшій въ него всего содержимаго. Незадолго до смерти точечныя кровоизліянія въ кожѣ груди. Случай доложенъ Томскому обществу практическихъ врачей какъ рѣдкій случай инородныхъ тѣлъ при грыжахъ.

53. Hernia funic. umbil. congen., seu ectopia viscer cong. № листа 725, С—а, 19 дней. Поступила 19 ноября 1907 г., вып. 24 января 1908 г. Я видѣлъ больную на второй день послѣ поворота ея на ножки и извлеченія, произведеннаго въ городскомъ родильномъ покоѣ Старшимъ врачемъ дороги В. А. Поповымъ, у здоровой и раньше хорошо рожавшей женщины, при поперечномъ положеніи Хорошо было видно выхожденіе внутренностей въ пупочный канатикъ сант. на 3-и. Поступила въ больницу вмѣстѣ съ матерью на 11 день послѣ родовъ съ отпавшей пуповиной; въ больницѣ широкая ранка зажила. При операціи пупочное кольцо величиной въ 3—4 ct. въ діаметрѣ, снизу бѣлая линія хорошо образована и кольцо сформировано изъ плотной ткани, верхняя же часть линіи во всю ширину кольца образована только брюшиной, эндоабдоминальной фасціей и предбрюшинной тканью, оба m. recti расходятся на ширину кольца до меча. Въ брюшинномъ выступѣ помѣщается вся лѣвая доля печени по правую долю, которая подходитъ къ самому кольцу, ихъ соединяетъ мостъ изъ печеночной ткани сант. въ 2. Лѣвая доля печени срощена, сращенія довольно нѣжныя, но требовавшія ножа, разъединены, при чемъ перевязанъ одинъ брызгавшій сосудикъ, шедшій отъ брюшной стѣнки къ печени. Для вправленія печени сдѣланъ разрѣзъ кверху и она вправлена, въ брюшной полости есть небольшія сращенія, lig. ves. umb. m. и lig. teres перевязаны. Рана брюшной полости замкнута швомъ, захватыв. m. recti съ ихъ апоневрозами и брюшиной вдоль бѣлой линіи, выше m. recti соединены швами до меча, кожа области пупка вырѣзана совершенно овальнымъ разрѣзомъ и кожная рана сшита 16-ю швами по направл. lin. alb. Получилось очень небольшое уплощеніе верхнихъ отдѣловъ живота. Коллодійная повязка. Дѣвочка другихъ видимыхъ пороковъ развитія не имѣетъ, блѣдная и не упитанная. Первое натяженіе. Итакъ имѣлась не только грыжа пупочнаго канатика, а и діастазъ m. rect abd. выше пупка, бѣлой линіи на этомъ мѣстѣ образовано не было; кромѣ того имѣется, очевидно, и опущеніе печени, ибо она нижнимъ краемъ правой доли подходитъ къ пупку, т. е. дѣло идетъ о сложномъ порокѣ развитія брюшной стѣнки и можетъ быть вторичнымъ смѣщеніи viscera, возможно и обратное.

54. Hernia crural. incarcer. № листа 152 К—а, 47 л., пост. въ больницу 18 февр. 1907 г., вып. 15 марта. Грыжа сущест-

вуетъ давно, но всегда вправлялась и не болѣла. Дня три тому назадъ грыжа сильно заболѣла, увеличилась, не вправляется. Признаковъ общаго перитонита нѣтъ. Грыжа съ куриное яйцо, кожные покровы надъ ней нормальны, изъ-за боли больная не даетъ дотронуться до грыжи. При операціи для освобожденія грыжи пришлось расщепить lig. Pouparti, грыжу окружаетъ отечный и спаянный съ окружностью жиръ въ значительномъ количествѣ. Въ грыжѣ только слегка мутная жидкость, при чемъ она отдѣлена отъ брюшной полости свѣжими спайками. Грыжевой мѣшокъ усѣченъ надъ швомъ, проникающимъ свободную брюшину брюшной полости подъ спайкой. Швы на lig. Poupar., зашиваніе грыжи по Bassini. Швы на кожу. Первое натяженіе.

55. Vuln. punct. abdom. perf. № листа 77. Щ—а, 40 л., пост. въ больницу 30 января 1905 г., выписалась изъ больницы 17 февраля. Доставлена малокровной и съ промокшей кровью повязкой. Подъ повязкой оказались три раны, двѣ на груди, обѣ не проникаютъ до реберъ, а только мышцы, обѣ сант. по 5—6 длиной. У края правой реберной дуги по мамиллярной линіи расположена проникающая въ полость брюха рана сант. 4 длиной въ кожныхъ покровахъ, направленіе канала раны къ средней линіи. Пульсъ у больной малъ и частъ, жалуется на боли въ животѣ, больную часто рветъ, доставлена съ линіи часовъ чрезъ 10 послѣ нанесенія раны ножемъ. Лапаратомія по наружному краю m. rect. abdom. dextr. Внутренніе органы оказались цѣлыми, кромѣ mesocolon'а, въ толщѣ котораго значительное кровоизліяніе и признаки воспаленія periton. Къ поврежденному mesocolon, въ которомъ нѣтъ кровоточащихъ сосудовъ, тампонъ Mikulicz'а, большая часть раны зашита. Тампонъ удаленъ на 4-й день. Теченіе гладкое, выписана съ небольшой гранулирующей поверхностью на мѣстѣ тампона.

56. Vuln. sclopet abdom. № листа 437. С—я, 31 г., пост. въ больницу 4 іюня 1905 г., умерла 26 іюня. Съ мѣсяцъ назадъ передъ поступленіемъ въ больницу получила раненіе брюха изъ револьвера. Входное отверстіе въ нижнемъ углу лѣвой паховой складки, выходное на спинѣ вблизи позвоночника угребня лѣвой подвздошной кости. Изъ ранъ выходятъ калъ и моча, но застаиваются въ полости раны. Больная слабая.

Разрѣзъ брюшной стѣнки надъ полостью, въ которой есть калъ, моча, гной и кровяные сгустки. Жидкость омываетъ всю

лѣвую половину мочевого пузыря и rectum слѣва, а равно и заднюю поверхность s roman. до выходного отверстія. Въ рану тампонъ. На второй же день послѣ операціи на мѣстѣ приготовленія поля операціи—гдѣ мыли щеткой—мелкія кровоизліянія въ кожѣ, и кровотеченіе изъ кишекъ. На третій день при смѣнѣ повязки изъ глубины раны кнаружи выползаютъ мелкіе бѣлые червячки, вѣроятно, личинки насѣкомыхъ, явленіе, видѣнное мною въ ранѣ у живого человѣка, первый разъ. На 4-й день при все наростающихъ явленіяхъ sepsis'а больная умерла.

57, 58, 59. Произведены три пробныя лапаратоміи: по поводу: 1) рака матки, сросшагося съ rectum, 2) злокачественной кисты, сросшейся съ сальникомъ, кишками и маткой, и 3) у беременной по поводу опухоли, прощупывавшейся рядомъ съ маткой и появившейся въ теченіе беременности: у этой больной было сильное кровотеченіе до обмороковъ на 3 мѣсяцѣ съ выхожденіемъ оболочекъ, отхожденіе мелкихъ кусковъ оболочекъ было и въ больницѣ, на 6-мъ мѣсяцѣ беременности. Предположена внѣматочная беременность. Во всѣхъ случаяхъ дѣло ограничилось пробной лапаратоміей въ виду неудалимости страданія, въ послѣднемъ же случаѣ беременность была маточная, но мертвымъ и мацерированнымъ, вышедшимъ въ больницѣ плодомъ. За опухоль же вѣроятно былъ принятъ верхній сегментъ матки, ощупывавшійся совершенно отдѣльно отъ матки (въ дѣйствительности нижняго ея отрѣзка).

60. Echinococcus hepatis № листа 816. К—съ, 8 л., пост. въ больницу 11 дек. 1903 г., опер. въ 1904 г., вып. 20 янв. 1904 г. Въ лѣвой долѣ печени эластически напряженная опухоль, существующая около 2-хъ лѣтъ. Операція по двухмоментному способу по средней линіи, какъ сдѣланы нами и остальные случаи эхинококка. Киста эхинококка съ голову новорожденнаго, имѣетъ дочерніе пузыри. Больная оставила больницу съ небольшой полостью для амбулаторнаго леченія, никакихъ разстройствъ въ заживленіи не было.

61. Echinococcus hepatis № листа 230. К—а, 35 л., пост. въ больницу 4 марта 1904 г., вып. 18 мая. У больной уже болѣе двухъ лѣтъ опухоль въ надчревьи, опухоль все увеличивается. При изслѣдованіи несомнѣнная киста печени очень большихъ размѣровъ. Операція по двухмоментному способу по средней линіи. Полость громадная вправо и влѣво, въ глубину же зондъ ухо-

дитъ сант. на 30, оболочка полости до 1 сант. толщиной. Много дочернихъ пузырей. Больная оставила больницу для амбулаторнаго леченія. Въ 1907 г. я имѣлъ свѣдѣнія, что у больной давно уже зажила полость и она пользуется хорошимъ здоровьемъ.

62. Echinococcus hepatis № листа 5, К—а, 12 л., пост. въ больницу 2 янв. 1906 г., вып. 1 февр. Мѣсяца 4 1/2 тому назадъ больная въ epigastrium замѣтила припуханіе, а не задолго до того времени здѣсь ощущала боли. Больная анемичная. Въ печени по средней линіи эластически напряженная опухоль съ голову новорожднаго. Эхинококотомія (много дочернихъ пузырей) двухмоментная по средней линіи. Во второмъ моментѣ разрѣзана надъ кистой ткань печени около 1 сант. толщиной, брызжущіе кровеносные сосуды обколоты. Выписывается для амбулаторнаго леченія съ уменьшившейся полостью.

Во всѣхъ случаяхъ эхинококкотоміи марлевые тампоны, положенные между печенью и брюшной стѣнкой, при второмъ моментѣ остаются на мѣстѣ, второй же моментъ операціи я произвожу на 6-й день; тампоны удаляются и вводятся новые, меньшіе, только чрезъ три дня послѣ исполненія второго момента. Эту предосторожность я соблюдаю, имѣя въ виду тѣ случаи несрощенія раны брюшной стѣнки, которыя мнѣ пришлось наблюдать въ Госпит. Хирург. Клиникѣ Томскаго Университета за время моего ординаторства. У здоровыхъ въ общемъ людей получалось расхожденіе брюшной раны послѣ снятія одноэтажныхъ швовъ на 6-й день, несмотря на то, что брюшина при удаленіи кистъ и др. опухолей подвергалась на стѣнкахъ брюха порядочной травмѣ руками и инструментами, и марлей. Случаи эти не были опубликованы. Кромѣ того и общеизвѣстныя литературныя данныя о разрывѣ свѣжихъ сращеній и необразованіи прочныхъ сращеній при раннемъ удаленіи тампоновъ при эхинококкотоміи заставляли меня быть осторожнымъ, хотя этимъ и замедляется немного послѣоперaціонное теченіе раны. Въ послѣднемъ моемъ случаѣ второй моментъ былъ исполненъ по согласію больной безъ наркоза.

63. Perityphlitis. gravida. № листа 411. Т—а, 30 л., поступила въ больницу 10 мая 1904 г., выписалась 29 мая. Беременность на 3-мъ мѣсяцѣ. Приступы аппендицита были уже нѣсколько разъ, послѣдній разъ мѣсяцъ тому назадъ. Червеобразный отростокъ прощупывается утолщеннымъ до толщины мизинца взрослаго и болѣзненнымъ на ощупь.

Операція. Операцію усѣченія червеобразнаго отростка я всегда произвожу, если нѣтъ особыхъ показаній, въ свѣтлый промежутокъ по исчезновеніи болей и опухоли, не ранѣе 4-хъ недѣль послѣ приступа. Всегда дѣлаю разрѣзъ по наружному краю m. rect. abd. dextr, разрѣзъ своей срединой пересѣкаетъ линію, соединяющую пупокъ со sp. il. ant. sup., если нѣтъ особенной нужды, то разрѣзъ въ кожѣ не превышаетъ 6—7 сант., въ брюшинѣ 4-хъ, только въ случаѣ нужды разрѣзъ увеличивается. Усѣченіе червеобразнаго отростка производится мной съ образованіемъ небольшой манжетки изъ serosa и muscular. слизистая съ подслизистымъ слоемъ обязательно усѣкается у устья отростка, при чемъ она предварительно еще дальше, т. е въ слизистой слѣпой кишки очень сильно, до врѣзыванія лигатуры въ ткань подслизистой, перевязывается шелковиной, а надъ лигатурой отжигается аппаратомъ Paquelin'a, при чемъ вся культя очень тщательно прижигается. Надъ очень маленькой культей манжетка сшивается, а затѣмъ кладется на мышечную и серозную кишки еще рядъ узловатыхъ швовъ. Одинъ разъ мѣсто швовъ перитонизировано длинной mesenteriol, усѣченнаго отростка. Только одинъ червеобразный отростокъ оказался не сращеннымъ съ окружающими частями, несмотря на нѣсколько бывшихъ приступовъ, иногда же сращенія были обширны и крѣпки. Мнѣ ни разу за всю мою дѣятельность не пришлось столкнуться съ такъ называемыми заболѣваніями слѣпой кишки у лицъ съ удаленнымъ червеобразнымъ отросткомъ, о каковыхъ заболѣваніяхъ говоритъ въ числѣ другихъ и проф. Дьяконовъ *); не пришлось видѣть ихъ ни среди оперированныхъ по этому способу въ Госпитальной Хирургической Клиникѣ Университета, хотя многіе изъ оперированныхъ постоянные жители Томска и обращались по поводу другихъ заболѣваній, ни среди моихъ желѣзнодорожныхъ больныхъ, хотя я о нихъ имѣю и дальнѣйшія свѣдѣнія.

Предпославши эти общія замѣчанія объ операціи аппендицита, продолжимъ исторію болѣзни больной. При операціи у этой больной сальникъ оказался приросшимъ у мѣста нахожденія червеобразнаго отростка, сращенія не очень крѣпкія, они раздѣлены, червеобразный отростокъ утолщенъ, вздутъ и находится въ око-

*) Профессоръ Дьяконовъ. По поводу заболѣваній слѣпой кишки у лицъ съ удаленнымъ червеобразнымъ отросткомъ. Хирургія 1901 г.

ченѣломъ состояніи. Усѣченіе его описаннымъ способомъ. Рана брюха зашита послойно. Первое натяженіе. При макроскопическомъ осмотрѣ вскрытаго червеобразнаго отростка кромѣ катаральныхъ явленій въ немъ и небольшихъ эрозій и экхимозовъ, въ срединѣ червеобразнаго отростка со стороны слизистой значительное рубцовое съуженіе просвѣта, рубецъ плотный и бѣлый очевидно не недавняго происхожденія.

Эта больная потомъ рожала въ срокъ, благодаря нѣкоторой степени съуженія таза, роды проходили трудно, но самостоятельно и благополучно; рубецъ отъ операціи не растянулся какъ при беременности, такъ и при родахъ. Еще разъ я видѣлъ эту больную въ 1906 г., рубецъ отъ операціи остался такимъ, какъ и послѣ операціи.

64. Perityphlitis № листа 309. Г—а. 37 л,, пост. въ больницу 7 мая 1905 г., вып. 5 іюн. Перенесла второй приступъ аппендицита съ рвотой, запоромъ и образованіемъ припуханія въ правой подвздошной области, что могла отмѣтить и сама больная. Больная истощенная, въ правой подвздошной области уплотнѣніе; жалуется на коликообразныя боли въ этой области, t° нормальная. При операціи червеобразный отростокъ оказался окутаннымъ сильными сращеніями, сращенія простираются и на прилежащія кишки: сращенія раздѣлены и освобожденный отростокъ усѣченъ обычнымъ способомъ. Къ бывшему мѣсту его расположенія поставленъ небольшой тампонъ, вся же остальная рана зашита послойно. Первое натяженіе на всемъ шитомъ протяженіи раны. Тампонъ удаленъ и швы сняты при гладкомъ послѣопераціонномъ теченіи раны. При осмотрѣ вскрытаго червеобразнаго отростка онъ оказался изъязвленнымъ глубокой, почти проникающей язвой.

65. Perityphlitis № листа 532, У—я, замужняя, лѣтъ не отмѣчено. Поступила въ больницу 6 августа 1905 г., вып. 29 августа 1905 г. Больна уже около двухъ лѣтъ, были 5 типичныхъ приступовъ воспаленія червеобразнаго отростка съ образованіемъ опухоли въ правой подвздошной области. Раньше полная больная, теперь истощена, съ блѣдно землистымъ цвѣтомъ кожи. Внутренніе органы нормальны кромѣ правой подвздошной области, гдѣ прощупывается на мѣстѣ обычнаго положенія червеобразнаго отростка небольшое, твердое припуханіе, да матка нѣсколько увеличена, мало подвижна, но не болѣзненна.

При операціи на мѣстѣ расположенія червеобразнаго отростка обширныя и крѣпкія сращенія сальника и кишекъ, ихъ дол-

го пришлось раздѣлять, пока не достигли болѣзненнаго фокуса: отъ appendix'а осталось только небольшое, не болѣе 1,5 сант. выпячиваніе на слѣпой кишкѣ и оно окружено еле замѣтной, превращенной почти цѣликомъ въ сѣрую кашицу, брыжжейкой отростка; распавшаяся ея часть удалена. Устье червеобразнаго отростка зашито трехэтажнымъ швомъ, къ распаду поставленъ тампонъ. Переднее и заднее Дугласовы пространства выполнены сращеніями. Вся рана брюшной стѣнки зашита послойно кромѣ мѣста тампона, сращеніе первымъ натяженіемъ, вмѣстѣ съ удаленіемъ тампона незначительное отдѣленіе изъ глубины полости; съ каждой перемѣной повязки отдѣляемаго меньше. Выписывается для амбулаторнаго леченія, во время котораго и послѣдовало полное закрытіе полости. Впослѣдствіи я нѣсколько разъ видѣлъ эту больную цвѣтущей женщиной.

66. Perityphlitis № листа 600. Д—а, 10 л., поступила въ болницу 10 сентября 1905 г., выбыла 25 октября. Поступила еще съ неразрѣшившимся инфильтратомъ въ области правой подвздошной впадины, припуханіе появилось 10 дней тому назадъ вмѣстѣ съ болями, рвотой, запоромъ; въ инфильтратѣ еще небольшія боли. Назначены клизмы изъ Natr. salicyl. и согрѣвающіе компрессы, къ октябрю инфильтратъ значительно разсосался, но не совсѣмъ, болей же нѣтъ, t^0 все время нормальная. Въ октябрѣ операція. Оказались значительныя приращенія сальника, а въ нихъ инкапсулированный гной. Червеобразный отростокъ резецированъ обычно, въ гнойную полость тампонъ, на остальномъ протяженіи рана послойно зашита—она заросла 1-мъ натяженіемъ, изъ гнойной же полости отдѣленіе постепенно уменьшилось, полость выполнилась и больная съ сухой корочкой на мѣстѣ тампона выписана по желанію отца. Червеобразный отростокъ несетъ слѣды глубокихъ язвъ.

67. Perityphlitis № листа 201, К—а, 26 лѣтъ, поступила въ больницу 14 марта 1906 г, выбыла 7 мая. Въ послѣдніе 4 года 4-й приступъ, каждый разъ все тяжелѣе. Послѣдній приступъ 1,5 мѣсяца тому назадъ. При поступленіи въ правой подвздошной области разлитая припухлость, утолщающаяся кнутри и книзу, но еще болѣзненная. Лечилась несоотвѣтственно заболѣванію —діэты не соблюдала, клизмъ не ставила, согрѣвающихъ компрессовъ не клала, что и назначено въ больницѣ. Операція 23 апрѣля, къ этому времени отъ припуханія остался одинъ утол-

щенный до толщины пальца взрослаго и ясно прощупываемый червеобразный отростокъ. Червеобразный отростокъ имѣетъ подбрюшинное расположеніе, онъ вздутъ и неподвиженъ, усѣченіе его по обычному способу, рана брюшной стѣнки зашита наглухо. Первое натяженіе. Изъ видѣнныхъ и оперированныхъ мною случаевъ это второй случай расположенія червеобразнаго отростка позади брюшины. При осмотрѣ вскрытаго отростка онъ имѣетъ многочисленные экхимозы подслизистой и разрыхленіе слизистой. Больная до сихъ поръ здорова.

68. Perityphlitis № листа 25, П—а, 26 л., поступила въ больницу 5 января 1907 г., выб. 30 января 1907 г. Уже три года подрядъ регулярно чрезъ 4 мѣсяца повторяется заболѣваніе, сопровождающееся рвотой, поносомъ и болями въ области слѣпой кишки; въ свѣтлые промежутки боли только при давленіи на область слѣпой кишки. При поступленіи въ правой подвздошной области ощупывается уплотненный тяжъ, точка Max-Burney'я болѣзненна. При операціи инъекція сосудовъ слѣпой кишки около червеобразнаго отростка, утолщеніе и вздутіе вершины appendix'а. Усѣченіе отростка обычное, послойное зашиваніе брюшной раны. Первое натяженіе. Больная оправилась отъ значительнаго истощенія и пользуется по дальнѣйшимъ свѣдѣніямъ, здоровьемъ. Червеобразный отростокъ на срединѣ рубцово съуженъ—не пропускаетъ желобоватаго зонда, слизистая въ наружномъ отрѣзкѣ отростка разрыхлена, имѣетъ много экхимозовъ и на ней много слизи, смѣшанной съ каломъ, подслизистая же сильно утолщена.

69. Perityphlitis № листа 29. Ш—а, 29 лѣтъ, пост. въ больницу 7 января 1907 г., вып. 13 февраля. Уже около 5 лѣтъ больная хвараетъ коликообразными болями въ правой подвздошной области и частыми рвотами. Боли въ первый разъ появились, когда лежала въ постели послѣ родовъ и съ тѣхъ поръ не оставляютъ больную, приступовъ за все время болѣзни не было, никакой пищи, кромѣ молока, не переноситъ. Значительно истощена и нервна. Въ правой подвздошной области ощупывается болѣзненный тяжъ. При операціи весь червеобразный отростокъ погруженъ въ сращенія, идущія къ правымъ придаткамъ матки и къ самой маткѣ, онъ освобожденъ и усѣченъ; въ срединѣ былъ перегнутъ сращеніями и вздутъ на наружномъ концѣ, длина червеобразнаго отростка 14 ст. слизистая его нѣсколько разрыхлена. Рана брюшной стѣнки зашита наглухо. Первое натяженіе,

больная со времени операціи и рвотъ и болей не имѣла и стала все ѣсть уже въ больницѣ.

70. Perityphlitis, hernia umbilical. № листа 303. К—а, 22 л., поступила въ больницу 14 апрѣля 1907 г., выписалась 27 апрѣля. Былъ только одинъ приступъ 1,5 мѣсяца тому назадъ; при поступленіи прощупывается подвижный утолщенный до толщины пальца болѣзненный отростокъ. При операціи червеобразный отростокъ вздутъ, стѣнка его утолщена и уплотнена, брыжжейка слегка сморщена, кровеносные сосуды ея инъецированы. Усѣченіе обычнымъ способомъ, рана брюшной стѣнки зашита послойно наглухо. Первое натяженіе. Слизистая отростка разрыхлена, въ ней много экхимозовъ. У той же больной въ тотъ же разъ сдѣлана операція небольшой пупочной грыжи, но очень болѣзненной. Сращеній никакихъ нѣтъ, зашиваніе по описанному способу, кожная рана зашита наглухо. Первое натяженіе. Больная до сихъ поръ здорова, менѣе нервна.

71. Perityphlitis № листа 713. А—а, 25 л. пост. въ больницу 31 октября 1907 г., вып. 20 ноября 1907 г. У больной было уже нѣсколько приступовъ сильныхъ болей въ правой подвздошной области, соединенныхъ съ рвотой и запоромъ. За мѣсяцъ до поступленія въ больницу я видѣлъ больную вскорѣ послѣ приступа, отчетливо ощупывался тогда болѣзненный и утолщенный до толщины пальца червеобразный отростокъ, при поступленіи въ больницу онъ не ощупывается. При операціи брыжжейка червеобразнаго отростка оказалась сморщенной, въ ней лежатъ увеличенныя лимфатическія железы до горошины величиной, сосуды брыжжейки инъецированы. Усѣченіе отростка обычнымъ способомъ, перитонизація раны кишки брыжжейкой отростка очень длинной, несмотря на сморщиваніе. Рана зашита послойно наглухо въ 4 этажа. Первое натяженіе. Въ верхушкѣ червеобразнаго отростка, просвѣтъ котораго въ срединѣ нѣсколько съуженъ, находится очень узкая желтаго цвѣта часть ленточной глисты въ нѣсколько члениковъ, на слизистой экхимозы.

Среди усѣченій червеобразнаго отростка обращаютъ на себя вниманіе три случая. № 65 и 69 имѣютъ нѣкоторое отношеніе къ половой сферѣ, въ № 65 сращенія въ переднемъ и заднемъ пространствахъ Двугласа вызваны, повидимому, аппендицитомъ, наибольшія измѣненія были на мѣстѣ червеобразнаго отростка, въ маломъ же тазу были только сращенія, болѣзненныя явленія на

чались съ червеобразнаго отростка и съ удаленіемъ остатка его закончились. Въ № 69 ходъ заболѣванія былъ иной. Послѣродовое заболѣваніе правыхъ придатковъ матки благодаря ихъ приподнятому въ это время положенію и значительной длинѣ червеобразнаго отростка повлекло къ образованію сращеній въ области червеобразнаго отростка, его перегибу, такимъ образомъ въ страданіе червеобразный отростокъ вовлеченъ вторично, но въ концѣ концовъ его перегибъ и застаиваніе въ немъ секрета вызвали всѣ болѣзненныя явленія у больной и окрашивали всю картину болѣзни въ опредѣленный цвѣтъ. № 71 интересенъ тѣмъ, что въ верхушкѣ отростка оказалась часть ленточной глисты, которая цѣликомъ, не распавшись въ кашицу, не могла оставить просвѣта отростка. Случай интересенъ въ томъ отношеніи, что инородное тѣло въ видѣ глисты, если и не было причиною воспаленія червеобразнаго отростка, то во всякомъ случаѣ, оставаясь въ слегка съуженномъ отросткѣ, поддерживало въ немъ воспалительное состояніе и служило причиною не менѣе небольшого съуженія просвѣта къ появленію повторныхъ приступовъ. Что касается глистъ, встрѣчающихся въ червеобразномъ отросткѣ, то до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, изъ литературы, описывались аскариды*) 1) trchoceph. disp., 2) oxyur. verm. 3) ленточныя глисты при аппендицитѣ, но послѣдніе не въ самомъ червеобразномъ отросткѣ, и особенно въ видѣ фиксированныхъ тамъ инородныхъ тѣлъ. Во всякомъ случаѣ, такой какъ нашъ, случай, если не единственный въ литературѣ, то все-же очень рѣдкій.

72., Perityphlitis purul. № листа 259. С—а 38 л., пост. въ больницу 14 марта 1904 г., вып. 7 мая. Доставлена въ больницу въ тяжеломъ состояніи, съ плохимъ пульсомъ, высокой t⁰, вздутымъ животомъ, сильными болями во всемъ животѣ, рвотой, безпрерывной тошнотой, задержанными испражненіями. Такъ заболѣла первый разъ. Въ правой подвздошной области разлитое и очень болѣзненное припуханіе. Діэта только жидкая, согрѣвающіе компрессы и небольшія клизмы—стакана по 1,5. Явленія

*) 1) Мечниковъ. Нѣсколько замѣчаній о воспал. червеобразн. отростка Р. Вр. 1901 г.

2) Морковитинъ. Proc. vermif. и oxyur. vermic. Хирургія 1901 г.

3) Барадулинъ. Аппендицитъ дисс. 1903 г.

перитифлита ослабѣли на нѣсколько дней, чтобы наступить въ болѣе жестокой формѣ, появились знобы, отъ операціи больная отказалась. Нарывъ вскрылся въ кишки—per rectum вышло много гноя, наступило временное облегченіе, но чрезъ нѣсколько дней новое ожесточеніе болѣзни и знобы, больная дала согласіе на операцію. Гнойникъ вскрытъ изъ разрѣза у spin. il. ant. sup., разрѣзъ положенъ на наружномъ краѣ нарыва, протяженіе разрѣза сант. 6—7, Гнойникъ спускается въ заднее Двугласово пространство и поднимается до уровня нижняго края печени.

Въ полость нарыва тампонъ; къ 7 мая полость нарыва выполнилась, осталась поверхностная рана, съ которой больная и выписалась для амбулаторнаго леченія. Впослѣдствіи больной пришлось дѣлать операцію грыжи на мѣстѣ рубца, она упомянута въ отчетѣ подъ № 47.

73 Perityphlit. purul. № листа 20. Т—а, 22 л., пост. въ больницу 10 января 1905 г., вып. 17 февраля. Поступила съ явленіями болѣзненнаго припуханія правой подвздошной области не разрѣшавшагося въ больницѣ, а увеличившагося и дававшаго t^0 гнойника, 16 января операція вскрытія гнойника по тому же способу, какъ и 1 случай, въ полость гнойника тампоны, подъ которыми къ выпискѣ рана выполнилась и съ небольшей гранулирующей поверхностью больная выписана для амбулаторнаго леченія.

74. Perityphlit. purulenta № листа 673. С—а, 26 лѣтъ, пост. въ больницу 5 сентября 1906 г., вып. 12 января 1907 г. Въ маѣ мѣсяцѣ 1906 г. родила, была послѣ родовъ совершенно здорова недѣли три, заболѣла внезапно болями въ правой подвздошной области, сопровождавшимися тошнотой и жаромъ. Съ тѣхъ поръ все больна, т. е. около 2,5 мѣсяцевъ. Со стороны половыхъ органовъ ничего ненормальнаго. Это изслѣдованіе производилось мною во всѣхъ случаяхъ perityphlit. Въ правой же подвздошной области прощупывается болѣзненный инфильтратъ, распространяющійся вверхъ до нижняго края печени и къ средней линіи тѣла, надъ инфильтратомъ мало заглушенный тимпаническій звукъ. Въ послѣднее время правая нога пришла въ положеніе фиксированнаго сгибанія въ тазобедренномъ суставѣ, до этого времени больная держалась на ногахъ. Больная очень истощенная. Позвоночникъ и тазобедренный суставъ здоровы.

При операціи по описанному способу вышла масса дурно-пахнущаго гноя, полость нарыва идетъ позади слѣпой кишки вверхъ

и къ средней линіи тѣла. Промываніе полости $5^0/_0$ Alumen 2—3 раза, въ дальнѣйшемъ теченіи, быстро сократило количество отдѣленія, и исчезъ дурной запахъ гноя. Нога постепенно распрямилась, полость выполнилась и рана почти зажила. Ясно прощупывается утолщенное продолговатое болѣзненное тѣло соотвѣтственно положенію червеобразнаго отростка, но больная неохотно согласившаяся и на первую операцію, не пожелала подвергнуться усѣченію отростка и выписалась домой пополнѣвшей и окрѣпшей. Была ли здѣсь связь воспаленія червеобразнаго отростка съ бывшими родами затрудняюсь сказать.

75. Periton. purul. № листа 875. Ч—а, 5 л., пост. въ больницу 25 декабря 1904 г., вып. 19 марта 1905 г. Заболѣла сразу среди полнаго здоровья болями въ животѣ, желудочно-кишечнымъ разстройствомъ, сопровождающимся жаромъ. Въ больницу доставлена черезъ нѣсколько дней послѣ начала заболѣванія, t^0 повышенная, желудочнокишечнаго разстройства уже нѣтъ, въ лѣвомъ hypogastrium небольшое притупленіе и здѣсь ощупывается болѣзненный инфильтратъ въ брюшной полости. На операцію долго не соглашаются, t^0 гнойная, притупленіе растетъ, перебравшись и на правую половину живота, а вверхъ до пупка. При согласіи родителей на операцію, она сдѣлана черезъ 10 дней по поступленіи больной въ больницу. Положены два разрѣза по наружнымъ краямъ обоихъ прямыхъ мышцъ живота сант. по 6-ти, изъ брюшной полости вышло много не пахнущаго гноя съ фибринозными сгустками. Кишки покрыты значительными фибринозными отложеніями. Въ раны тампонъ, подъ которыми они и зажили вполнѣ къ выпискѣ больной изъ больницы. Источникъ нагноенія установить во время операціи не удалось, клиническая картина перитонита очень напоминаетъ пневмококковую форму перитонита, свойства гноя подтверждаютъ это предположеніе, но микроскопическаго изслѣдованія его, къ сожалѣнію, сдѣлано не было.

76. Cysta urach. № листа 214. М—я, 22 л., пост. въ больницу 26 марта 1905 г., выб. 26 мая. Поступила съ жалобами на опухоль живота, существующую около 3-хъ лѣтъ, началось образованіе опухоли между пупкомъ и лономъ на мѣстѣ ея настоящаго положенія, подвижнѣе опухоль никогда не была. Опухоль кистознаго характера, съ голову годовалаго ребенка, лежитъ между пупкомъ и лономъ по средней линіи, подвижность ея очень ограниченная, какъ кверху и внизъ, такъ и въ стороны, въ по-

лость таза опухоль не удается оттѣснить. Съ маткой опухоль связи не имѣетъ, яичники прощупываются.

Операція. Опухоль—киста расположена предбрюшинно, но задней поверхностью тѣсно прилежитъ къ брюшинѣ. Благодаря этому обстоятельству, а равно, чтобы и не оставалось мѣшка брюшины подъ брюшной стѣнкой, киста удалена съ прилежащей къ ней брюшиной. Отъ кисты идутъ непосредственныя продолженія urachus, конически съуживающіеся по направленію къ пупку и мочевому пузырю. У пупка urachus оканчается, отъ мочевого же пузыря изъ вещества его идетъ конически съуживающійся тяжъ къ urachus, съ нимъ онъ стоитъ въ непосредственномъ соединеніи, хотя и очень тонкомъ. На этомъ мѣстѣ прочно перевязанъ лигатурой, отсѣченъ, оставшаяся его часть у мочевого пузыря ради предосторожности обшита окружающей предбрюшинной тканью. Рана брюшной стѣнки зашита послойно наглухо. Больная въ послѣоперапіонномъ періодѣ вела себя очень беспокойно, насыпала по неосторожности за повязку курительнаго табаку; кожные швы нагноились, рана въ кожѣ распущена, но она заросла къ выпискѣ. При осмотрѣ препарата киста наполнена прозрачной жидкостью, выстлана снутри блестящей оболочкой, продолженія кисты въ видѣ конусовъ макроскопическихъ просвѣтовъ не имѣютъ. Препаратъ предназначался для патологоанатомическаго института Университета, но былъ выброшенъ прислугой по недосмотру вмѣстѣ съ запачканнымъ кровью перевязочнымъ матеріаломъ, такъ что и микроскопическаго изслѣдованія произвести было не на чемъ.

77. Cysta ovar. d. № листа 102. А—а, 49 л., пост. въ больницу 10 февраля 1905 г., вып. 4 марта.

При всѣхъ операціяхъ кистъ яичника ножка перевязывалась нѣсколькими лигатурами послѣ надрѣза брюшины съ той и другой стороны ножки, этой брюшиной всегда обшивалась послѣ удаленія кисты перевязанная ножка ея. Если приходилось выдѣлять кисту изъ сращеній ея съ окружающими органами, всегда по удаленіи кисты или по мѣрѣ отдѣленія отъ сращеній обнаженныя мѣста обшивались брюшиной; также поступали мы и при удаленіи гидросалпинксовъ и матки. При удаленіи обращалось вниманіе на то, чтобы не нарушить цѣлости кисты.

Киста давняя, начала расти съ правой половины малаго таза, величиною съ голову взрослаго, подвижна, при отведеніи ея

въ верхніе отдѣлы живота за ней слѣдуетъ матка. Послѣ удаленія кисты чрезъ лапаратомію рана брюшной стѣнки зашита послойно наглухо. Первое натяженіе. Однокамерная киста съ прозрачной жидкостью.

78. Cysta ov. dextr. № листа 109. Е—а, 32 л., пост. въ больницу 12 февраля 1905 г., выб. 27 марта. Киста давняя, начала расти съ правой стороны малаго таза, малоподвижна, матка лежитъ къ ней очень близко, киста почти сферической формы, безъ выступовъ и плотныхъ мѣстъ. При лапаратоміи киста праваго яичника, сращенная съ брюшиной боковой стѣнки таза, сращенія раздѣлены, рана пристѣночной брюшины зашита. По кистѣ проходитъ lig. rotund. Ножка кисты сильно укорочена. Послѣ удаленія кисты рана брюшной стѣнки зашита наглухо. Первое натяженіе. Киста однокамерная съ прозрачной жидкостью.

79. Cysta ov. d. № листа 325. Ш—а, 35 л. поступила въ больницу 14 мая 1905 г., выб. 27 мая. На мѣстѣ праваго яичника уже нѣсколько лѣтъ существуетъ опухоль, медленно растущая, не совершенно круглой формы, въ ней зыбленіе. Опухоль имѣетъ ограниченную подвижность, но при движеніяхъ за нею слѣдуетъ матка, отдѣленная отъ нея промежуткомъ, выполненнымъ ясно ощутимымъ тяжемъ. При операціи киста праваго яичника на короткой ножкѣ. Удаленная киста оказалась однополостнымъ дермоидомъ, выполненнымъ густой желтоватой жидкостью, въ которой находится значительное количество жесткихъ и довольно длинныхъ волосъ.

80. Sarcoma ovar. utriusq. № листа 562. Т—ръ, 22 л., пост. въ больницу 26 іюля 1904 г., вып. 21 августа. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ замѣтила у себя внизу живота опухоль, а затѣмъ начала очень замѣтно и быстро худѣть. Теперь больная блѣдная и худая, но еще крѣпкая. Животъ сильно увеличенъ, нижняя его часть отъ пупка занята мало подвижной бугристой опухолью, при изслѣдованіи per vaginam задній сводъ занятъ опухолью. Въ полости брюха свободная жидкость. При операціи опухоль обоихъ яичниковъ, обѣ ножки короткія, но опухоли нигдѣ съ окружностью не спаяны, метастазовъ опухолей кромѣ узла въ лѣвой круглой связкѣ, удаленной вмѣстѣ съ опухолью, нигдѣ не видно. Удаленіе опухолей. Зашиваніе лапаратомической раны наглухо. Первое натяженіе. Обѣ опухоли и опухоль связки при микроскопическомъ изслѣдованіи оказались веретенообразно клѣточковой саркомой.

81. Cystoma prolif. bilater. № листа 725. К—а, 35 л. пост. въ больницу 6 ноября 1904 г., вып. 2 декабря. У больной, нѣсколько поблѣднѣвшей за послѣднее время по ея словамъ, съ давнихъ поръ существуетъ въ животѣ опухоль при неизмѣненныхъ регулахъ. У больной немного ниже пупка находится кистозной натуры опухоль, подвижная, сидящая на ощупаемой ножкѣ, матка слѣдуетъ за движеніями опухоли вверхъ. За маткой въ заднемъ сводѣ находится другая кистозной же натуры опухоль, не спаянная съ маткой, но не выводящаяся изъ задняго свода при двуручномъ изслѣдованіи, на опухоли отмѣчаются чрезъ влагалище небольшіе бугорки. При лапаратоміи удалены обѣ пролиферирующія многокамерныя кисты, не давшія, повидимому, нигдѣ метастазовъ. Рана брюшной стѣнки зашита послойно наглухо. Первое натяженіе. Я потомъ нѣсколько разъ видѣлъ эту женщину цвѣтущей и въ 1905 и 1906 г.г.

82. Cystoma prolif. d. № листа 641. С—а, 43 л., virgo intacta, пост. въ больницу 22 августа 1906 г. вып. 28 сентября. Больная съ марта мѣсяца 1906 г. замѣтила у себя внизу живота опухоль, больная за это время сильно похудѣла и страдаетъ сильными сердцебіеніями, нервная. Крови идутъ почти все время, хотя и по немногу, съ тѣхъ поръ, какъ больная замѣтила у себя опухоль. Сердце въ предѣлахъ нормы, но второй тонъ сильно акцентуированъ и раздвоенъ, пульсъ малый, около 100., t^0 нормальная. Бугристая, кистозной натуры опухоль теперь выполняетъ всю брюшную полость почти до мечевиднаго отростка, опухоль мало подвижна, матка ощупывается не спаянной съ опухолью.

Передъ операціей вспрыснуто подъ кожу 500 cct. $0{,}8^0/_0$ раств. поваренной соли. Многокамерная киста пролиферирующая, съ серознымъ содержимымъ, не давшая метастазовъ, имѣетъ короткую ножку. Послѣ усѣченія послойное зашиваніе брюшной раны. Первое натяженіе. Осенью 1907 г. я видѣлъ больную полной, румяной, бодрой и уже не страдающей сердцебіеніями. Рубецъ брюшной раны безъ малѣйшихъ намековъ ни растяженіе.

83. Cystoma prolif. bilater. № листа 402. М—а, 24 л., пост. въ больницу 3 іюня 1906 г., вып. 30 іюня. Уже второй годъ какъ у больной растетъ изъ глубины таза опухоль по средней линіи, опухоль болѣзненная, измѣненія въ регулахъ не вызывала. При поступленіи въ больницу опухоль доходитъ до пупка,

неравномѣрно бугриста, кистозной натуры. При двуручномъ изслѣдованіи опухоль оказывается плотно соединенной съ маткой, движенія ихъ совмѣстны. Большая часть опухоли вдается въ лѣвый сводъ. Опухоль мало подвижна. При операціи пролиферирующая киста обоихъ яичниковъ, спаянная съ брюшиной стѣнокъ таза обѣихъ сторонъ, маленькіе узелки на сросшейся съ кистами брюшинѣ удалены вмѣстѣ съ кистами; такъ какъ кисты оказались плотно сросшимися съ веществомъ матки, то и она усѣчена по надвлагалищному способу. Вся рана брюшины въ полости таза зашита непрерывнымъ швомъ. Подъ кожу 0,001 strichn. nitric. 4-е раза въ день въ виду значительной слабости пульса, хотя больная не потеряла крови, такъ какъ опухоль удалялась послѣ предварительной перевязки питающихъ яичники и матку сосудовъ. Первое натяженіе.

84. Cysta ovar. utriusq., myoma uteri № 233. М—а, 40 л., пост. въ больницу 26 марта 1906 г., вып. 10 апрѣля. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1905 г. больная, ранѣе полная, стала прощупывать у себя внизу живота гладкую опухоль, она въ то время была подвижна и мягка. Въ послѣднее время появились и болѣе плотныя опухоли, а вмѣстѣ съ тѣмъ и опухоль поднялась выше пупка и стала мало подвижной. Регулы стали сильны, матка бугриста и велика. При операціи у значительно уже похудѣвшей больной оказалась правосторонняя съ голову взрослаго киста, окутанная прочными сращеніями съ сальникомъ и пристѣнной брюшиной. Сращенія раздѣлены, киста удалена, удаленъ и лѣвый яичникъ, весь окутанный сращеніями, мелкокистозно-перерожденный, удалена надвлагалищнымъ способомъ и матка, все тѣло которой поражено многими интерстиціальными міомами. Рана брюшной стѣнки, послѣ перитонизаціи ранъ брюшины, послойно зашита. Первое натяженіе. Я привожу этотъ случай въ отдѣлѣ кистъ потому, что превалирующимъ страданіемъ и можетъ быть раннимъ по времени была киста, ей такъ сказать, если позволительно такъ будетъ выразиться, сопутствовала міома, достигшая размѣра въ общей сложности кулака взрослаго.

85. Cysta ov. d., myoma uteri № листа 414. Х—а, 48 л., пост. въ больницу 16 мая 1907 г., вып. 4 іюня. Замѣтила у себя внизу живота подвижную опухоль 5 лѣтъ тому назадъ, въ то время она была не плотной. При поступленіи опухоль брюшной полости поднимается выше пупка, занимаетъ всю полость живота

ниже пупка, кистозной натуры, почти неподвижна. При двуручномъ изслѣдованіи расположена справа отъ матки, съ которой тѣсно связана. При операціи правосторонняя киста, сращенная почти половиной своей окружности съ кишками и маткой. Сращенія раздѣлены, причемъ пришлось войти въ тѣло, но не полость матки, и послѣ этого киста съ трудомъ поднята изъ малаго таза, такъ укорочена ея ножка. Послѣ удаленія кисты изъ задней стѣнки матки удалена интерстиціальная міома съ малое куриное яйцо, въ полость матки и при этомъ не пришлось войти. Рана матки зашита, раны брюшины сшиты, рана брюшной полости зашита наглухо. Первое натяженіе.

86. Cystoma ov. prolif. bilat., myocardit. № листа 796. З—а, 55 л., пост. въ больницу 5 декабря—1907 г., операц. 19 декабря, вып. 12 января 1908 г. Больная имѣетъ отеки ногъ, голени и стопы которыхъ, равно руки, носъ и губы окрашены въ синюшный цвѣтъ. Увеличенное въ размѣрахъ сердце, особенно вправо, 1-й тонъ глухой. Легкія нормальны. Въ полости живота киста, получившая начало въ маломъ тазу 10 лѣтъ тому назадъ, ранѣе была подвижная, теперь оч. мало подвижная, доходитъ до реберной дуги, пупокъ сглаженъ. Поверхность кисты на одномъ мѣстѣ не гладкая, имѣетъ крупный кистозный же выступъ. Больная не можетъ работать, мало можетъ ходить и ѣсть, все это тяжело для больной.

При операціи, предъ которой больная получала inf. adon. vernal, разрѣзъ почти отъ меча до лона. Лѣвосторонняя кистома въ 20 ф. вѣсомъ болѣе чѣмъ половиной своей окружности сращена. Сращенія съ правой стороны брыжжейки тонкихъ кишекъ сант. 15 въ длину и сант. 10 въ ширину, касающіеся только брюшины и мелкихъ сосудовъ брыжжейки, какъ и въ другихъ сращеніяхъ съ брюшиной, раздѣлены, рана брыжжейки зашита въ длину. Сращенный съ кистой proc. vermif. отдѣленъ, цѣлость его не нарушена, онъ перитонизированъ собственной длинной брыжжеечкой. Далѣе раздѣлены непрерывныя сращенія съ лѣвой стороной брыжжейки неменьшія чѣмъ съ правой стороны, пристѣночной брюшиной, при чемъ отдѣленъ отъ кисты на значительномъ протяженіи прилежавшій къ ней лѣвый мочеточникъ, сращенія съ брыжжейкой S roman захватывающія всю длину s. roman и ширину сант. до 10-ти, сращенія съ широкой связкой и маткой съ лѣвой стороны; перевязаны при этомъ крупные сосуды, иду-

щіе къ кистѣ изъ сращеній. Всѣ сращенія не инфильтрированы со стороны кисты, равно нѣтъ метастазовъ на брюшинѣ. Послѣ удаленія лѣвосторонней кисты, у которой не было обособленной ножки, открылась меньшая правосторонняя вѣсомъ 2,5 ф., свободная отъ сращеній и на ножкѣ, удалена послѣ перевязки сосудовъ ножки обычнымъ способомъ. Въ полости брюха было много прозрачной жидкости. Всѣ раны брюшины сшиты. Рана брюшной стѣнки сшита двухэтажнымъ швомъ. Первое натяженіе. Меньшая и большая кисты пролиферирующія, большая двухкамерная, въ меньшей и малой камерѣ большой кисты жидкость совершенно прозрачная, въ большой же камерѣ колоидная. Нигдѣ проростанія стѣнокъ кистъ пролифераціонными массами, находящимися на внутренней стенкѣ кисты, нѣтъ.

87. Myoma uteri, cystoma ov. bilat. № листа 60. В—а, 30 л., пост. въ больницу 25 января 1905 г., выб. 17 февраля. Опухоль матки плотная, бугристая, доходитъ почти до пупка, существуетъ нѣсколько лѣтъ, въ послѣдніе два года сильныя кровотеченія, ослабившія больную. По сторонамъ матки небольшія подвижныя кистозныя опухоли. Надвлагалищная ампутація матки и удаленіе яичниковъ, пораженныхъ кистами различной величины. Перитонизація ранъ брюшины. Рана брюшной стѣнки зашита наглухо послойно. Первое натяженіе.

88. Myoma uteri, salpyngoop. chr. sin, periton. adh. chron mesent. s. roman. № листа 364. Т—а, 49 л., пост. въ больницу 25 мая 1905 г., выб. 16 іюля. Больная очень тучная, поступила съ жалобами на давно существующую опухоль внизу живота, въ послѣдніе годы все болѣе и болѣе болящую и лишающую больную возможности трудиться. Регулы не измѣнены, не велики. Полость матки 12 ст., слѣва къ маткѣ плотно прилежитъ и притягиваетъ матку влѣво бугристая болѣзненная опухоль, уходящая въ лѣвую подвздошную впадину, изъ за этой опухоли и предпринята операція. При операціи въ увеличенной маткѣ заложены ближе къ серозному покрову небольшіе, но многочисленные бѣловатые твердые узлы. Болѣзненная же опухоль оказалась сильно пораженною воспалительными сращеніями брыжжейкой S. romanum, сращеніями она непосредственно связана съ воспалительными сращеніями, окружающими лѣвый яичникъ. Матка въ виду незначительности ея пораженія и отсутствія кровотеченій не тронута, наиболѣе же напрягающіяся сращенія брыжжейки и вокругъ

яичника разрушены, частью разрѣзаны поперекъ и ромбическія раны ихъ сшиты вдоль. Брюшная рана зашита наглухо послойно. кромѣ нижняго угла, куда поставленъ тампонъ. Первое натяженіе зашитой раны, тампонъ удаленъ и больная съ вскорѣ зажившей раной безъ прежнихъ болей оставила больницу.

89. Fibromyoma uteri, hydro salpynx. № листа 270. Ф—а. 42 л., пост. въ больницу 17 марта 1904 г., умерла 13 апрѣля, операція 6 апрѣля. Въ заднемъ сводѣ у больной находится тѣсно спаянная съ маткой и только съ нею подвижная опухоль, съ гусиное яйцо величиной, плотная, гладкая, полость матки 11 ст., въ послѣднее время начались сильныя кровотеченія при регулахъ. Разрѣзъ при операціи начатъ ниже пупка на 2 ст., доходитъ до лона. Опухоль оказалась вросшей изъ тѣла матки въ широкую связку слѣва и занимающею заднее Дугласово пространство. Брюшина широкой связки разрѣзана и опухоль выдѣлена изъ нее, при выдѣленіи ея изъ вещества матки брызжущіе сосуды перевязаны лигатурами. Тѣло матки при невскрытой полости ея зашито погружными швами, рана брюшины сшита. Справа удаленъ не очень большой hydrosalpynx. Брюшная стѣнка зашита наглухо. Отъ начала наркоза, по достиженіи каковаго всегда производится очистка поля операціи (до этого бываютъ только ванны), до наложенія повязки около 3-хъ часовъ, истрачено хлороформа 135,0. На второй день послѣ операціи больную сильно тошнило, но тошнота прекратилась послѣ впрыскиванія 0,01 morfh muriat. подъ кожу. Слѣдующіе дни больная чувствовала себя хорошо, болей въ животѣ не было, равно и вздутія его, t° все время нормальная, пульсъ полный, около 100 ударовъ въ минуту. Въ ночь на 13-е у больной задержалась моча, выпущено нѣсколько болѣе литра. 13-го сняты швы, при перемѣнѣ повязки больная внезапно ослабѣла, ціанотична, впрыснуто подъ кожу 1 шприцъ ol. camph,, больная оправилась, пульсъ сталъ полный, съѣла яйцо, разговаривала, затѣмъ внезапно скончалась. Вскрытія трупа не было за несогласіемъ мужа. Возможно, что смерть послѣдовала отъ эмболовъ.

90. Fibromyom uteri № листа 678. Р—а, 44 л.. поступила въ больницу 12 октября 1904 г.,вып. 29 октября. Больная уже нѣсколько мѣсяцевъ страдаетъ почти непрерывными кровотеченіями, доведшими ее почти до обмороковъ, раньше были сильныя регулы. Изъ полости матки уже вышла твердая опухоль съ

куриное яйцо, связанная съ дномъ матки широкой и короткой ножкой, дно матки подъ вліяніемъ тяги опухоли приблизилось очень близко къ раскрытому маточному зѣву. Изъ полости матки идутъ гнойныя бѣли. Послѣ вложенія въ теченіе нѣсколькихъ дней іодоформныхъ тампоновъ по промывкѣ влагалища 5 % раств. Alum. кровотеченія прекратились, опухоль безъ наркоза вырѣзана. Ножка опухоли состоитъ изъ тонкаго слоя мышцъ матки, которыя на подобіе мѣшка охватываютъ твердую опухоль (подъ микроскопомъ fibromyoma). Сильнаго кровотеченія не было. Послѣ выскабливанія слизистой и промыванія полости матки 3% sol. acid. carbolic. въ полость матки поставленъ іодоформированный обильный тампонъ, благодаря которому дно матки стало на свое мѣсто. Тампонъ въ послѣопераціонномъ періодѣ, протекавшемъ гладко, мѣнялся. Выписалась съ прибавившимися силами, чувствуя себя здоровой.

91. Myoma cerv. uteri interstic, № листа 835. Р—а, 35 л., поступила въ больницу 6 декабря 1904 года, выписалась 21 января 1905 г. У больной уже около 6 мѣсяцевъ кровотеченія, въ больницѣ уже было кровотеченіе, принявшее угрожающіе размѣры, остановленное въ мое отсутствіе тампонадой и назначеніемъ кровостанавливающихъ, общее же кровообращеніе поддержано возбуждающими. Когда больная нѣсколько оправилась отъ остраго малокровія, подъ общимъ наркозомъ произведено вылущеніе міомы съ большое куриное яйцо величиной, сидѣвшей въ толщѣ шейки матки съ лѣвой стороны. Кровоточившія артеріи обколоты, въ рану шейки тампонъ. Гладкое послѣоперационное теченіе. Впослѣдствіи я видѣлъ больную здоровой женщиной въ 1906 г.

92. Fibroma ut. submuc. № листа 502. К—а, 45 л., пост. въ больницу 25 іюля. Около 5-ти мѣсяцевъ у больной кровотеченія, все усиливающіяся, доведшія очень крѣпкую больную до значительной степени малокровія и истощенія. Очень твердый съ куриное яйцо величиной полипъ, вышелъ уже изъ полости матки, сидитъ на узкой ножкѣ, идущей къ дну матки. Удаленіе полипа ножницами, выскабливаніе полости матки, послѣдовательное промываніе полости матки 3% sol. acid. carbolic. Послѣоперационное теченіе гладкое. При микроскопическомъ изслѣдованіи свободно отдѣлявшейся отъ покрывающей опухоль слизистой она оказалась фибромой.

93. Polypus coll. ut. № листа 755. Ч-а, 45 л., пост. въ больницу 17 нояб. 1904 г., вып. 27 нояб. Слизистый полипъ шейки съ голубиное яйцо, кровоточивый и болящій отрѣзанъ съ основаніемъ ножницами. Послѣоперационное теченіе гладкое. Рецидива нѣтъ до 1907 г.

94. Fibroma submucosa № листа 406. И—а, 46 л., пост. въ больницу 9 мая 1904 г., вып. 23 мая 1904 г. Очень твердая и кровоточивая опухоль съ куриное яйцо величиной вышла изъ полости матки, имѣющей 11 ст. длины, опухоль на плотной и узкой ножкѣ, идущей къ дну матки. Удаленный полипъ при микроскопическомъ изслѣдованіи фиброма. Выскабливаніе полости матки, промываніе 3% sol. acid. carb. Гладкое выздоровленіе.

95. Polyp. uteri № листа 564. М—а, 43 л., пост. въ больницу 27 іюля 1904 г., вып. 21 авг. Сильныя кровотеченія ослабили больную, они и боли внизу живота заставили больную обратиться въ больницу. При изслѣдованіи мягкій, полуродившійся полипъ, частью некротизировавшійся. Удаленъ вмѣстѣ съ ножкой выскабливаніемъ полости матки, промываніе полости 3% sol. acid. carb. Гладкое послѣоперационное теченіе.

96. Polyp. colli uteri, № листа 431. М—а, 47 л., пост. въ больницу 12 іюня 1906 г., вып. 19 іюня. Кровоточивый и болящій полипъ шейки матки съ голубиное яйцо отрѣзанъ ножницами съ основаніемъ, гладкое послѣоперационное теченіе.

97. Polypus uteri. № листа 87. Б—а, 45 л., пост. въ больницу 24 янв. 1907 г., вып. 1 февр. Сильныя кровотеченія изъ genitalia, въ шейкѣ матки лежитъ твердая опухоль съ куриное яйцо величиной на ножкѣ, уходящей къ дну матки. Удаленіе полипа, выскабливаніе полости матки, промываніе 3% sol acid. carbol. Гладкое послѣоперационное теченіе. Подъ микроскопомъ фиброма.

98. Polyp uteri. № листа 231. С—а, 40 л., пост. въ больницу 14 марта 1907 г., вып. 23 марта. Полипъ мягкій, съ куриное яйцо, на ножкѣ, уходящей къ дну матки, вызвавшій обильныя кровотеченія. Удаленіе полипа, выскабливаніе полости матки, промываніе 3% sol. acid. carbol. Гладкое послѣоперационное теченіе.

Итакъ, при полицахъ матки, выходившихъ изъ тѣла матки, я всегда прибѣгалъ къ удаленію полипа ножницами, другихъ инструмен-

товъ для этого не употреблялъ, присоединялъ выскабливаніе слизистой матки. Думаю, что этимъ актомъ я соотвѣтствовалъ показаніямъ со стороны слизистой матки, Всегда полипу сопутствовали въ большей или меньшей степени бѣли, идущія изъ полости ея, и разрыхленіе слизистой, иногда и гнойныя бѣли. Выскабливанію предпосылалось изслѣдованіе состоянія слизистой матки пальцемъ, шейка матки всегда была достаточно расширена для этой цѣли, Кромѣ того мнѣ не хотѣлось оставлять ножку полипа, такъ какъ цѣликомъ удалить ее ножницами не удается. Хотя этотъ пріемъ и не введенъ въ планъ операціи въ новѣйшемъ изданіи (1907 г.) „маточныхъ кровотеченій" Снегирева, но я думаю, что по указаннымъ основаніямъ онъ вполнѣ оправдывается. Всего было сдѣлано по этому поводу 6 выскабливаній.

Чтобы покончить съ выскабливаніями полости матки скажемъ по какимъ поводамъ ихъ производили, равно приведемъ и нѣкоторыя данныя о тѣхъ условіяхъ, которыми сопровождались они. У больныхъ гинекологическихъ выскабливаніе было произведено 19 разъ, по поводу абортовъ съ неполнымъ выходомъ содержимаго полости матки и продолжающимся кровотеченіемъ 29 разъ и при производствѣ искусственнаго аборта 3 раза. Итого выскабливаніе полости матки было произведено, съ предыдущими 6 разами, у 57 женщинъ, на это количество выскабливаній мы не имѣли ни разу осложненій со стороны окружающихъ матку частей, равно и со стороны матки. Изъ 19 больныхъ,—(у 4 имѣлись салпингоофориты въ хронической формѣ) выскабливанія производились по поводу гнойныхъ бѣлей 7 разъ, у этихъ больныхъ и были салпингоофориты, въ остальныхъ 11 случаяхъ произведено выскабливаніе по поводу значительныхъ кровотеченій по преимуществу послѣ абортовъ. Во всѣхъ случаяхъ кровотеченій послѣ абортовъ мы послѣ предварительной многократной очистки влагалища съ мыломъ и $3^0/_0$ sol. alum. и очисткѣ кишечника приступали послѣ предварительнаго расширенія канала шейки къ выскабливанію слизистой матки. Большую часть этихъ больныхъ намъ пришлось видѣть по другимъ поводамъ и они не имѣли прежнихъ кровотеченій. По поводу бѣлей выскабливанія нами производились очень скупо, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ систематическія внутри-маточныя впрыскиванія по способу проф. Грамматикати не оказывали вліянія на болѣзненный процессъ слизистой матки при долговременномъ ихъ примѣненіи (не менѣе 50

—60 впрыскиваній), мы приступали къ выскабливанію слизистой матки и можетъ быть именно благодаря примѣненію этихъ впрыскиваній, приводящихъ къ покою половые органы и способствующихъ разсасыванію воспалительныхъ выпотовъ въ окружности матки*), да соблюденію чистоты мы и обязаны тѣмъ, что не имѣли осложненій при выскабливаніяхъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлись салпингоофориты, Вообще же надо сказать, что мы широко пользуемся методомъ впрыскиваній въ полость матки и въ громадномъ большинствѣ случаевъ съ хорошимъ результатомъ. Изъ 29 выскабливаній, произведенныхъ по поводу абортовъ, въ 20 случаяхъ повышеній t^0 предъ выскабливаніемъ не было, хотя содержимое матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже начинало пріобрѣтать запахъ, въ 6 случаяхъ t^0 была за 38^0 до 39, въ 3-хъ случаяхъ за 39^0 до 40^0 и далѣе. Во всѣхъ случаяхъ t^0 послѣ выскабливанія сильно разложившагося содержимаго матки и вымыванія полости ея падала, а послѣопераціонный періодъ протекалъ гладко. Трижды произведено выскабливаніе, какъ заключительный актъ при производствѣ искусственнаго выкидыша, производство его было всегда ex consilio, причиною производства—неукротимая рвота. Къ производству искусственнаго выкидыша приступали тогда, когда были уже испытаны всѣ средства діэтическія, гигіеническія и терапевтическія, не исключая ovarin'а, а рвота не утихала, а ожесточалась, больныхъ рвало и днемъ и ночью, пищи они не могли принимать, пульсъ начиналъ внушать опасенія, въ одномъ случаѣ поднялась t^0. Горячія спринцеванія, введеніе зонда и разрывъ пузыря не вели къ выкидышу, сильнѣе дѣйствовало введеніе бужа № 19 на 10 часовъ, но и при этомъ матка не опорожнялась совершенно и приходилось прибѣгать къ выскабливанію, такъ какъ рвота не прекращалась, а присоединялось кровотеченіе. Вмѣстѣ съ полнымъ опорожненіемъ матки прекращалась рвота и больныя быстро поправлялись. Итакъ, выскабливаніе было произведено, кромѣ 6 разъ при полипахъ матки, у 51 больной. Посему слѣдующій № по порядку описанія количества оперированныхъ больныхъ будетъ.

150. Cancer uteri № листа 676. М—а, 50 лѣтъ, пост. въ больницу 15 октября 1905 г., умерла 22 октября. Два года предъ начавшимися съ апрѣля текущаго г. кровотеченіями не было ре-

*) Грамматикати проф. Внутриматочныя впрыскиванія.

гулъ, кровотеченія въ послѣднее время не прекращаются и они значительно истощили больную. Внутренніе органы, кромѣ матки, у крѣпко сложенной больной въ порядкѣ. Твердая, бугристая, распадающаяся и дающая вонючія бѣли опухоль занимаетъ всю шейку матки и не много переходитъ на правый сводъ, матка подвижна. Удаленіе ея вмѣстѣ съ придатками послѣ предварительной перевязки приводящихъ кровь сосудовъ, въ сводахъ оказались не ощупывавшіеся въ видѣ опухолей небольшіе инфильтраты, они тоже удалены. Матка съ придатками вытолкнута чрезъ vagin., изъ брюшной же полости во влагалище выведенъ тампонъ, а надъ нимъ зашита брюшина. Рана брюшной стѣнки зашита наглухо. На второй день операціи больная погибла при явленіяхъ перитонита.—Мнѣ представился за всѣ 4 года только одинъ случай, въ которомъ при ракѣ матка была подвижна и можно было рѣшиться на операцію, во всѣхъ остальныхъ, а ихъ было болѣе десяти, своды были плотно заняты опухолями и матка была не подвижна. Среди раковъ матки, которые прошли предъ моими глазами въ госпитальной хирургической клиникѣ, большая часть были оперируемые, среди же желѣзнодорожныхъ больныхъ, гдѣ населеніе очень широко обезпечено медицинской помощью, отношенія обратныя. Не объясняя этого явленія, я отмѣчаю его, какъ рѣзко бросающійся въ глаза фактъ.

151. Hydrosalpynx d. № листа 368. В—а, 39 л., пост. въ больницу 27 мая 1905 г., выб. 27 іюня 1905 г. У больной, хорошо сложенной и достаточно упитанной, въ брюшной полости слегка вправо отъ средней линіи внизу живота расположена почти сферическая, кистозной натуры опухоль съ голову взрослаго, мало подвижная, за ея движеніями слѣдуетъ матка; опухоль отдѣляется отъ матки, но между ними ясно ощупывается ножка. Отдѣльно отъ опухоли правый яичникъ не прощупывается. При операціи оказалось, что яичникъ въ видѣ небольшого тѣла спаянъ съ кистозной опухолью, сильно сращенной съ окружающей брюшиной воспалительными перемычками. Перемычки раздѣлены, сосуды, идущіе къ опухоли, перевязаны. Оказалось, что небольшой остатокъ трубы—сант. въ 6—непосредственно переходитъ въ стѣнки кистозной опухоли. Она удалена цѣликомъ, раны брюшины зашиты, рана брюшной стѣнки наглухо послойно. Первое натяженіе. Предъ операціей предполагалась киста яичника, по оцѣнкѣ же данныхъ операціи и осмотрѣ препарата, въ которомъ отчетливо

обозначается слизистая оболочка трубы, стало ясно, что мы имѣемъ дѣло съ hydorosalp., такъ какъ растянутый конецъ трубы содержалъ свѣтлую, прозрачную жидкость.

152. Hydrosalp. d. № листа 672. М—а, 23 л., пост. въ больницу 24 сентября 1906 г., вып. 10 октября. Бѣли начались чрезъ недѣлю послѣ выхода замужъ и идутъ уже 8-й годъ. 4-е года назадъ былъ выкидышъ, дѣтей не было. Послѣ выкидыша хворала кровотеченіями, остановившимися отъ леченія (больная не знаетъ какого) въ больницѣ. Съ осени 1905 года начало болѣть въ правомъ паху, боли усиливаются при регулахъ, по словамъ больной въ это время у ней бываетъ знобъ и жаръ. Справа отъ матки ощупывается съ голову взрослаго, болѣзненная, малоподвижная, овальная, гладкая съ жидкимъ содержимымъ опухоль, отъ нея идетъ, конически расширенный у опухоли и съуживающійся у матки тяжъ—труба. Распознаваніе hydrosalp. поставлено до операціи, что и подтвердилось на операціи. Нижне-передняя половина опухоли оказалась спаянной съ сосѣдней брюшиной сращеніями, они разъединены, сосуды перевязаны и растянутая труба, что отчетливо видно послѣ разъединенія сращеній, у маточнаго отверстія удалена послѣ предварительной перевязки центральнаго конца лигатурой. На кистозной опухоли, имѣющей внутри слизистую оболочку, лежитъ мелко кистозно перерожденный и тѣсно спаянный съ трубой яичникъ, онъ удаленъ вмѣстѣ съ трубой. Раны брюшины зашиты, рана брюшной стѣнки зашита послойно наглухо.

153. Hydrosalp. sin., cyst. ov. d. № листа 73. Ф—а, 26 л., пост. въ больницу 19 января 1907 г., вып. 21 февраля. Хвораетъ давно, начало болѣзни относитъ къ бывшимъ родамъ, послѣ которыхъ были сильныя бѣли. Лѣчилась нѣсколько лѣтъ тому назадъ внутриматочными впрыскиваніями въ Томской больницѣ не у меня. Стала чувствовать себя нѣсколько лучше, но все время всетаки хворой. Еще послѣ родовъ замѣтила у себя внизу живота опухоль.

Теперь въ лѣвомъ сводѣ прощупывается больше кулака слегка вытянутая, съ перехватами, малоподвижная, съ жидкимъ содержимымъ опухоль, тѣсно прилегающая къ маткѣ. На опухоли плотное тѣло, вѣроятно яичникъ. Справа прощупывается болѣе куринааго яйца опухоль съ неровной поверхностью и жидкимъ содержимымъ.

При лапаратоміи справа удаленъ кистознoперерожденный яичникъ, въ нѣкоторыхъ кистахъ. какъ оказалось на разрѣзѣ, коллоидное содержимое, слѣва удаленъ hydrosalp. и тѣсно спаянный съ нимъ яичникъ. На разрѣзѣ hydrosalp. несетъ снутри слизистую, содержитъ прозрачную жидкость. Рана брюшины зашита, рана брюшной стѣнки зашита послойно наглухо. Первое натяженіе. Въ концѣ года мнѣ пришлось видѣть эту больную, у ней нѣтъ признаковъ опухолей, рубецъ въ прекрасномъ состояніи.

Я не упоминаю въ исторіяхъ болѣзней о длинѣ разрѣзовъ брюшной стѣнки каждый разъ, долженъ оговориться, что дѣлаю ихъ только въ необходимой степени, только, чтобы можно было безъ излишнихъ затрудненій справиться съ дѣломъ, гдѣ опухоли не заходили кверху за пупокъ и разрѣзъ не простирался за него; вездѣ, гдѣ не указана въ исторіи болѣзни линія разрѣза, онъ проводился по средней линіи.

154. Parametr. pur. d. № листа 301. С—а, 32 л., пост. въ больницу 1 апрѣля 1904 г., вып. 24 іюня. Поступила съ недавняго происхожденія инфильтратомъ въ правой широкой связкѣ, не отдѣлимомъ отъ матки, инфильтратъ съ голову почти новорожденнаго, тяжелое общее состояніе, сильныя боли, мало утолявшіяся морфіемъ. Внутриматочныя впрыскиванія, продѣланныя болѣе недѣли, никакого благотворнаго вліянія на эксудатъ не оказали, онъ увеличивался, боли усиливались, а t-o стала показывать присутствіе гноя, который и обнаруженъ при пробномъ проколѣ свода длинной иглой. Нарывъ вскрытъ чрезъ сводъ подъ кокаиномъ, до нарыва пришлось идти сант. 4—5 въ отечныхъ тканяхъ, изъ полости гнойника вышелъ дурно пахучій гной, полость промыта sol. Alum $3^0/_0$ и затампонирована. Постепенно пала t-o, общее состояніе медленно пришло къ нормѣ, полость и рана заросли. Даны наставленія о массажѣ рубцовъ въ сводѣ. Въ 1907 г. я видѣлъ эту больную цвѣтущей. Родовъ и выкидыша, ясно распознаваемаго, предъ заболѣваніемъ не было.

155. Parametr. purul. s. № листа 626. Е—а, 45 л. пост. въ больницу 29 августа 1904 г., вып. 30 сентября. Поступила больная съ высокой t-o, болящей опухолью въ лѣвомъ сводѣ, неотдѣлимой отъ матки, опухоль отчасти заходитъ и въ большой тазъ, въ опухоли несомнѣнная жидкость, заболѣла недавно, опухоль постепенно увеличивалась, что отмѣчено наблюденіемъ и въ больницѣ. Пробный проколъ, когда опухоль распростра-

нилась и на передній сводъ, а больная дала согласіе, обнаружилъ гной, выпущенный изъ разрѣза передняго свода, t-о пала, самочувствіе стало лучше. Чрезъ двѣ почти недѣли, дня за три до выписки изъ больницы появилась рвота и поносъ, окрашенный въ черный цвѣтъ. Рвота ничему не уступала; животъ не вздутъ и не болѣзненнъ, оставила больницу вопреки указаніямъ на опасность.

156. Parametr. purul. d., paranephr. pur. d. № листа 177. Л—хъ, 21 г., пост. въ больницу 26 февраля 1907 г., находится въ больницѣ. Поступила въ больницу на 5-й день послѣ родовъ съ гнойными отдѣленіями и высокой t^0. Сдѣлано промываніе матки 3% Sol. acid. carb. t^0 не пала, а дней черезъ 5 обнаружился въ правой половинѣ живота инфильтратъ, на него положенъ ледъ, но t-о пріобрѣла гнойный характеръ, инфильтратъ все увеличивался. Въ виду явнаго гнойника—ощущалось глубокое зыбленіе, впрыскиваніе въ матку не примѣнялось, какъ это я дѣлалъ въ другихъ случаяхъ параметритовъ, доставленныхъ съ линіи послѣ родовъ, гдѣ не было нагноительной лихорадки и физическихъ признаковъ гнойника. Больная долго не соглашалась на разрѣзъ, а тѣмъ временемъ гнойникъ росъ и поднялся въ полость большого таза.

Когда больная согласилась, чувствуя себя все хуже, разрѣзъ сдѣланъ у sp. ilei ant. sup. по ходу волоконъ m. oblid. abd. ext. Вышло около литра вонючаго гноя, большая полость выполнена стерильными тампонами. Жесточайшую рвоту послѣ наркоза устранилъ очень быстро кокаинъ. Нѣкоторое время больная чувствовала себя хорошо, ѣла и стала бодрѣе. Затѣмъ стало болѣть и въ лѣвой половинѣ таза, пришлось и здѣсь вскрыть гнойную полость, расположенную у тазовой костной стѣнки и сообщающуюся тонкимъ ходомъ съ первой полостью, сообщеніе расширено, полость затампонирована. t° вновь пала, больная оправилась и отъ этого скопленія гноя и начала ѣсть. Лежитъ больше на животѣ гной при этомъ хорошо стекаетъ. Но чрезъ нѣкоторое время появились боли въ правой почечной области, появилось припуханіе, t° высокая, затѣмъ гнойная, знобы и поты, больная ослабѣла, не ходитъ, не ѣстъ почти, блѣдна стала до того, что кожа кажется просвѣчивающей. Послѣ долгихъ пререканій и здѣсь вскрытъ нарывъ разрѣзомъ по Simon'у. На область раны поверхъ повязки примѣненъ пузырь съ горячей водой 2—3 раза въ день.

t° больше не повышалась, пока не отмѣненъ былъ пузырь, когда она вновь стала повышаться, чтобы вновь пасть при его примѣненіи. Больная стала быстро оправляться. Обширная полость превратилась въ каналъ съ покрышкой надъ нимъ изъ мягкихъ тканей, что заставило разрѣзать часть мягкихъ частей надъ полостью параметрита. Теперь рана паранефрита зажила, осталась небольшая полость слѣдъ отъ двухъ громадныхъ гнойныхъ полостей. Больная полная, хорошо ѣстъ, имѣетъ румянецъ. Случай сообщенъ въ работѣ о дѣйствіи тепла на гноящіяся раны. Теперь матка оттянута вверхъ и вправо.

Операція сшиванія шейки матки при застарѣлыхъ разрывахъ ея, полученныхъ во время родовъ, производилась нами по Emmet'у при чемъ я всегда клинообразно вырѣзывалъ весь разрывъ, такимъ образомъ удаляется вся рубцово-измѣненная часть; швы накладывались въ одинъ рядъ, захватывая всю толщу разрыва до слизистой. Сшиваніе шейки матки сдѣлано у 39 женщинъ, всѣ были моложе 35 лѣтъ, изъ нихъ у четырехъ былъ двухсторонній разрывъ, требующій сшиванія съ обѣихъ сторонъ, такимъ образомъ всего мною произведено сшиваніе шейки 43 раза, такъ какъ двухсторонніе разрывы я сшивалъ съ мѣсячнымъ промежуткомъ между сшиваніемъ одной и другой стороны. Въ нѣсколькихъ случаяхъ разрывы были очень глубоки и захватывали своды, тогда рубцы удалялись и изъ сводовъ и производилось ихъ сшиваніе. Нѣсколько разъ было осложненіе со стороны окружности матки въ видѣ воспалительныхъ измѣненій придатковъ, тогда предварительно продѣлывался курсъ внутриматочныхъ впрыскиваній, а затѣмъ и сшиваніе. При соблюденіи чистоты я ни разу не имѣлъ осложненій въ видѣ параметритовъ и несростанія разрывовъ. Кровотеченій, которыя бы мѣшали сращеніямъ или заставляли бы меня въ послѣопераціонномъ періодѣ прибѣгать къ какимъ либо особымъ мѣрамъ, кромѣ назначенія inf. secal. corn. не было, что предупреждалось мною наложеніемъ одного шва выше линіи разрѣза. Оперировалъ я въ интерменструальный періодъ, послѣ очищенія кишечника клизмами при обычной діэтѣ, если выносили лежачія больныя. Послѣ операціи на 3 дня іодоформированный тампонъ, далѣе спринцеванія, швы удалялись на 6 день. Сшиваніе всегда производилось подъ кокаиномъ, послѣдніе два года кокаиномъ—адреналиномъ и ейкаиномъ, вводя его подъ слизистую, покрывающую влагалищную часть шейки, при этомъ опера-

ція почти безболѣзненна. Показаніями къ операціи служили разрывы, при которыхъ или были все усиливающіеся регулы, сопряженныя съ различными припадками, или же стойкія бѣли и явные слѣды катаррального воспаленія вывороченной слизистой матки. Около почти половины больныхъ бывали потомъ у меня на пріемѣ по другимъ поводамъ; вызванные, или поддерживавшіеся болѣзненнымъ процессомъ припадки прекращались, или ослаблялись настолько, что не безпокоили больше больныхъ. Только одинъ двусторонній разрывъ, сшитый мною въ одинъ сеансъ въ началѣ производства мною этихъ операцій, не сросся съ одной стороны и пришлось повторить операцію на этой сторонѣ.

Слѣдующій № по порядку описанія оперированныхъ.

196. Cysta vaginae, lacer. cerv. uter. bilat., anteflexio ut. № листа 403, пост. въ больницу 3 іюня 1906 г., вып. 22 іюня Т—а, 32 л., хвораетъ послѣ родовъ, идутъ бѣли, имѣетъ не доходящій до сводовъ двухсторонній разрывъ шейки матки. Въ слизистой праваго свода киста величиною больше куриннаго яйца. Она удалена подъ кокаиномъ такъ, что слизистая, выстилающая ее изнутри, оставлена на мѣстѣ, только на небольшомъ участкѣ основанія, какъ дѣлаетъ Partsch съ зубными кистами. Во влагалище тампонъ послѣ спринцеванія, такъ какъ киста содержала слизисто-гнойную жидкость. Выписалась для леченія на дому отъ другихъ заболѣваній.

197. Lacer. perin. permat. № листа 314, пост. въ больницу 28 апрѣля 1906 г., вып. 12 мая 1906 г. С—я, 42 л., хвораетъ около 10 лѣтъ послѣ родовъ, былъ разрывъ промежности при родахъ, теперь на его мѣстѣ рубцы, проникающіе до rectum. Все время идутъ бѣли, половая щель, растянутая рубцами, широко зіяетъ, къ бѣлямъ присоединились постепенно усиливающіяся кровотеченія, бывшіе выкидыши усилили кровотеченія, по поводу кровотеченій и бѣлей сдѣлано было внѣ больницы abrasio.

Больная хорошаго сложенія, но блѣдная отъ бывшихъ кровотеченій. Матка нѣсколько увеличена и чувствительна; старый разрывъ промежности до rectum, бѣли. Возстановленіе промежности по Tait'у подъ кокаиномъ, образована высокая промежность, первое натяженіе.

198. Lacerat. perin. perm.. prolap. vag. № листа 881, пост. въ больницу 17 ноября 1906 г., вып. 15 декабря. М—о, 30 л., имѣетъ старый разрывъ промежности, проникающій до rect. съ

выпаденіемъ части задней стѣнки влагалища. Подъ кокаиномъ возстановленіе промежности по Tait'y, образована высокая промежность, возстановлена ладьевидная ямка и сшито частично разорванное влагалище. Первое натяженіе.

199. Bartolin. pur. ac. sin. № листа 353. Г—а, 19 л., пост. въ больницу 14 мая 1906 г., вып. 22 мая. Поступила съ обширнымъ нагноеніемъ большой губы, начавшимся съ гнойнаго бартолинита лѣвой стороны. Сдѣланы разрѣзы и поставлены тампоны. Явленія воспаленія стихли къ выпискѣ для амбулаторнаго леченія, для удаленія же Бартолиновой железы больная не явилась.

Чтобы не ворочаться еще разъ къ сшиванію промежности, скажемъ, что намъ пришлось сшить около 20 разрывовъ, происшедшихъ при родахъ въ больницѣ. Разрывы сшивались не позже 2 ч. послѣ родовъ, были и съ ушибленными краями Весь матеріалъ прошелъ при одной и той же акушеркѣ и врачѣ и всѣ разрывы очень хорошо срослись—первымъ натяженіемъ, только одинъ разрывъ, доставленный съ линіи на второй день и тутъ же зашитый не сросся. Швы снимались на 6-й день, ноги никогда не связывали, какъ и при возстановленіи промежности. Проводя роды съ возможно большей чистотой, мы были счастливы въ результатахъ сшиванія, тогда какъ по статистикѣ, приведенной въ предварительномъ сообщеніи Чернова *) первичная перинеорафія даетъ 6,3% полнаго несрощенія и 11,7% частичнаго несрощенія, итого 18% неудачи. Трудно сказать до болѣе подробной его работы сколько % неудачи было въ зависимости отъ разрывовъ, проникающихъ въ rectum, мы имѣли разрывы, проникающіе до rectum, болѣе легкихъ не было, но вѣроятно % неудачъ зависитъ отъ того, что эта статистика сборная, разныхъ рукъ и обстановки. Конечно наши удачи не колеблютъ цифръ большихъ статистикъ и не могутъ служить образцомъ сшиванія, для случаевъ, гдѣ чистота во время родовъ не была соблюдена, но все же думаемъ, что къ случаямъ, подобнымъ нашимъ, хотя бы и съ ушибленными разрывами, какіе имѣли мы, не приложимо мнѣніе о предпочтительности поздняго сшиванія, какое можно бы составить на основаніи % неудачъ, приведенныхъ у Чернова для сшиванія промежности отъ 2—7 дней (0,71% полн. неудачъ, 2,14% частичн., т. е. 2,85% неудачъ вообще).

*) Черновъ. Позднее зашиваніе промежности. Русск. Вр. 1907 г. № 15.

Слѣдующій № по порядку описанія оперированныхъ.

220. Ren mobile № листа 107, К—а, 30 л., пост. въ больницу 4 января 1906 г., вып. 3 мая. Больная вмѣстѣ съ тѣмъ, какъ у ней начались боли въ правой половинѣ живота стала очень нервной, во время же припадковъ болей имѣетъ очень мало мочи и гастрическія разстройства съ полной потерей аппетита. Худа и блѣдна. Бинтованіе живота, производившееся долгое время въ больницѣ не устраняетъ болей и припадковъ, которые зависятъ отъ правой блуждающей почки, смѣщающейся до cr. il. ant. sup. и вправляющейся на свое мѣсто. Въ почкѣ ощупывается въ hilus біеніе артеріи. Произведено пришиваніе почки изъ разрѣза Simon'a. Техника пришиванія заключается въ томъ, что почка въ своемъ веществѣ пришивается отступя на 1 сант. отъ выпуклаго края толстымъ шелкомъ, накладываются три шва, начиная немного ниже половины почки и почка верхнимъ швомъ подвѣшивается на нижнемъ краѣ (періостъ) 12 ребра и мышцахъ спины, остальными двумя швами на мышцахъ только. Первый шовъ не провожу вокругъ 12 ребра, во избѣжаніе раненія плевры, что мнѣ неоднократно приходилось наблюдать при такомъ подвѣшиваніи на ребро. Рана замкнута наглухо. Первое натяженіе, небольшая примѣсь крови къ мочѣ только первые два дня послѣ операціи. Больная избавилась отъ припадковъ, а за лѣто, проведенное въ деревнѣ и отъ нервности, теперь совершенно здорова.

221. Ren mobile d. № листа 725, П—я, 25 л., пост. въ больницу 6 ноября 1907 г, вып. 22 декабря. Больная малокровная, рожавшая, чувствуетъ себя больной 7 мѣсяцевъ, когда начались сильныя боли въ правой половинѣ живота, укладывающія больную дня на три въ постель, въ это время разстройства кишечника съ полной потерей аппетита. Вообще же не можетъ отъ постоянной боли работать. Ощупывается вся правая почка. Почка хотя и вправляется на свое мѣсто, но бинтованіе живота не устраняетъ болей. Сдѣлано пришиваніе почки описаннымъ образомъ, въ рану въ нижній уголъ не большой тампонъ, удаленный съ кожными швами на 5 день. Рана хорошо срослась, на тампонѣ нѣтъ отдѣляемаго. На 8-й день больная пролила изъ судна всю мочу подъ себя и пролежала весь вечеръ и ночь, не доведши объ этомъ до свѣдѣнія дежурнаго фельдшера. Благодаря сему уже на 2-й день кожная рана покраснѣла и развилось нагноеніе въ ко-

жѣ, не проникшее въ глубину. Полости, образовавшіеся при этомъ, къ выпискѣ выполнились.

За отчетный періодъ мною сдѣлано два пришиванія почекъ, но не по недостатку матеріала, обращалось за помощью съ подвижными почками болѣе 10 человѣкъ, но я дѣлаю пришиваніе только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ хорошее бинтованіе живота не облегчаетъ страданія.

222, Pyonephros. sin. № листа 376. К—а, 37 л, пост. въ больницу 5 мая 1907 г., вып. 15 іюня. Захворала 0,5 года тому назадъ, болѣзнь началась остро, былъ ознобъ, запоръ и вздутіе живота. Давали слабительное и лѣчили хиной отъ лихорадки; больная ослабѣла, чрезъ два мѣсяца стала у себя замѣчать опухоль въ лѣвой половинѣ живота, знобы, жаръ и поты продолжались, продолжалось и леченіе. Больная слабая, не ходитъ. Въ лѣвомъ hypochondrium опухоль болѣе кулака величиной, расположена позади кишекъ, въ мочѣ гной, въ послѣднее время и мочеиспусканіе болѣзненно. На припадки, свидѣтельствующіе о камняхъ въ почкахъ, въ анамнезѣ указаній нѣтъ. Операція вскрытія гнойника въ почкѣ изъ разрѣза Bergmann'a. Гной оказался въ двухъ сообщающихся камерахъ, въ верхней на стѣнкѣ сидитъ полуразрушенный, рыхлый, но съ голубиное яйцо величиной камень, въ нижней большой нѣтъ ничего кромѣ гноя. Почка пришита къ ранѣ, такъ какъ ткань ея хорошо сохранилась; часть раны зашита наглухо. Въ полости, сообщеніе между которыми расширено, поставленъ тампонъ. Кровотеченіе, хотя и было при соединеніи полостей, но оно было не угрожающимъ и остановилось отъ тампона. Зашитая часть раны заросла первымъ натяженіемъ; постепенно отдѣленіе гноя уменьшилось, больная окрѣпла, хорошо ѣстъ и свободно ходитъ, выписывается для амбулаторнаго леченія по собственному желанію. Въ 1908 г. видѣлъ больную съ небольшимъ свищемъ на мѣстѣ операціи, немного отдѣляющимъ, въ мочѣ бѣлка нѣтъ, больная выглядитъ здоровой.

223. Fistula ves. vaginalis № листа 506. М а, 23 л., пост. въ больницу 20/VI-1904 г., вып. 16/VIII. У больной, съ нормальнымъ тазомъ и хорошо раньше рожавшей, послѣ поперечнаго положенія при послѣднихъ родахъ образовалось постоянное отдѣленіе мочи изъ влагалища, съ этимъ страданіемъ и доставлена въ больницу. Изъ влагалища въ мочевой пузырь ведетъ от-

верстіе съ серебряный рубль величиной. Сшита фистула, расположенная и подъ лоннымъ сращеніемъ и занявшая начальную часть мочеиспускательнаго канала, послѣ освѣженія краевъ ея и нанесенія боковыхъ разрѣзовъ слизистой влагалища для уменьшенія напряженія тканей влагалища; тогда края фистулы удалось безъ замѣтнаго натяженія краевъ ея соединить. Швы сняты на 6 день, все время мочилась сама, осталась маленькая фистула съ серебряную 5 коп. монету, она сшита вторично и заросла.

224. Fistula uretro-vagin. № листа 126. Г-а, 29 л., пост. въ больницу 3/II—1904 г., вып. 17/VIII. У больной съуженный тазъ, послѣ трудныхъ, но правильныхъ родовъ образовалось истеченіе мочи изъ влагалища. При изслѣдованіи въ верхнихъ отдѣлахъ мочеиспускательный каналъ оказывается совершенно уничтоженнымъ сант. на 1,5. Мочу удерживаетъ только стоя. Больной производилось многократное, но неудачное сшиваніе фистулы при освѣженіи краевъ только, фистула увеличилась. Мною произведено, послѣ предварительнаго расщепленія мочеиспускательнаго канала по длинѣ и вырѣзыванія многочисленныхъ и обширныхъ рубцовъ по ходу дефекта и въ окружности, изолированіе шейки пузыря, она низведена къ мочеиспускательному каналу и пришита къ нему, а разрѣзанный мочеиспускательный каналъ сшитъ, слизистая влагалища надъ раной, соединяющей пузырь съ уретрой, насколько возможно сшита. Нѣкоторые швы прорѣзались и образовалась только стѣнка, прилегающая къ лонному сращенію, здѣсь все покрыто слизистой, въ сторону же влагалища сращенія не послѣдовало, мочу задерживаетъ также какъ и до операціи. Впослѣдствіи больная захворала двустороннимъ салпингоофоритомъ и жестокимъ lumbago и второй операціи не подверглась, хотя и послѣ выписки вновь поступала въ больницу.

Обѣ операціи произведены подъ кокаиномъ при положеніи à la vache.

У шести больныхъ произведено отжиганіе геморроидальныхъ шишекъ, шишки по преимуществу внутреннія, дававшія обильныя кровотеченія, по поводу чего и были сдѣланы отжиганія шишекъ. Не приводимъ отдѣльно исторій болѣзней въ виду ихъ однообразія. У двухъ больныхъ одновременно сдѣланы и односторонніе эметовскія операціи, не вошедшія въ число уже упомянутыхъ операцій. Всѣ операціи сдѣланы подъ хлороформомъ, послѣ операціонное теченіе гладкое.

е) Заболѣванія общаго характера.

Слѣдующій № по порядку описанія.

231. Septico-pyaemi'a puerp. № листа 562. К а, 23 л., пост. въ больницу 20/VII—1906 г., вып. 18/IX—1906 г. Родила 22/VI, на третій день послѣ родовъ захворала съ ознобами, болью въ правой половинѣ живота, дня черезъ три послѣ начала заболѣванія распухъ лѣвый локтевой суставъ при сильныхъ боляхъ, чрезъ недѣлю послѣ этого начались боли въ правой ягодицѣ и она сильно распухла. Доставлена очень слабой, съ высокой t^0, частымъ и малымъ пульсомъ, тѣстоватой опухолью правой широкой связки величиной съ дѣтскую голову; въ лѣвомъ локтевомъ суставѣ выпотъ, суставъ фиксированъ въ положеніи подъ угломъ. Всю правую ягодицу занимаетъ абсцессъ, лежащій надъ фасціей, кожа только слегка инфильтрована и покраснѣла, весь же нарывъ помѣщается въ толщѣ жирной клѣтчатки; матка послѣ родовъ выше лона. По доставленіи уже въ больницу открылся кровавый поносъ. Дано внутрь Ol ricini, затѣмъ Natr. salicyl, 1,5 gm. въ день, клизмы изъ крахмала и опія, горячія влагалищныя спринцеванія; нарывъ вскрытъ разрѣзомъ сант. 5, выскобленъ, онъ оказался однополостнымъ и занимающимъ всю ягодицу, промытъ 3—5 % sol. Alum. до вытеканія прозрачной жидкости, въ рану короткій и толстый тампонъ, давящая повязка. Полость закрылась послѣ первой же смѣны повязки чрезъ три дня, а ранка стала заростать. Начаты внутриматочныя впрыскиванія. Поносъ вскорѣ прекратился, назначены ванны 28^0 чрезъ день; t^0 пала черезъ недѣли 1,5 и больная стала поправляться; къ выпискѣ отъ опухоли въ связкѣ остался небольшой и неболѣзненный тяжъ, выпотъ въ локтевомъ суставѣ разсосался и суставъ пріобрѣлъ подвижность, ранка же на ягодицѣ закрылась задолго до этого. Больная пополнѣла и, чувствуя себя здоровой, выписалась домой.

232 Pyaemi'a № листа 469. К чъ, 49 л., пост. въ больницу 3/VI—1904 г., вып. I/X. Больная въ апрѣлѣ мѣсяцѣ 1904 г. наткнулась правой стопой на гвоздь, послѣдовало сильное нагноеніе стопы. При поступленіи: вся правая стопа опухла, красна, движенія ея невозможны, благодаря сильной болѣзненности, изъ нѣсколькихъ отверстій на стопѣ идетъ гной; лѣвая почечная область болѣзненна, она заполнена плотнымъ припуханіемъ, дохо-

дящимъ до подвздошной кости, сзади же лѣвая поясничная область выпячена, прощупывается глубокая флюктуація. t^0 даетъ періодическія повышенія до 39^0 съ ознобами, моча нормальная, другіе внутренніе органы безъ измѣненій. 7 іюня ампутація правой голени in loco elect., такъ какъ всѣ кости стопы разрушены, а заказать себѣ искуственную конечность больная не въ состояніи. Рана зашита частью и въ нее тампонъ, Паранефритъ вскрытъ разрѣзомъ Simon'a, въ рану тампоны. Въ дальнѣйшемъ теченіи t^0 давала повышеніе до 39^0 и 2 іюля вскрытъ правосторонній гнойный паротитъ и удалено нѣсколько секвестровъ изъ ампутированной голени, къ Августу мѣсяцу t^0 стала нормальной и въ началѣ августа зажили раны отъ операцій паранефрита и паротита, больная стала полнѣть и окрѣпла. 1 октября выписалась съ маленькой гранулляціонной поверхностью на мѣстѣ ампутаціи, чувствуя себя совершенно здоровой.

f. Болѣзни конечностей.

233. Phlegm. reg. pelv. et. femor. № листа 172. Т—а, 65 л., пост. въ больницу 24 февраля 1907 г., вып. 14 марта. Послѣ раненія въ верхней трети праваго бедра лучиной развилась обширная флегмона праваго бедра и тазовой области спереди, флегмона вскрыта, въ рану тампоны. Выписалась съ зажившей раной.

234—236. Тремъ бозьнымъ произведено вскрытіе обширныхъ глубокихъ межмышечныхъ холодныхъ абсцессовъ ягодичной области и одного изъ бедеръ, самая старшая больная 20 лѣтъ, всѣ страдали золотухой; у всѣхъ нарывы развивались постепенно, безъ болей въ теченіе долгаго времени (у одной около $1^1/_2$ лѣтъ). Ни въ одномъ случаѣ не было пораженій суставовъ и костей. Всѣ нарывы лечены послѣ разрѣзовъ тампонами съ іодоформомъ, всѣ раны у больныхъ зажили и сами онѣ, получая внутрь мышьякъ и желѣзо, поправились, пополнѣли и оставили больницу здоровыми. Одна изъ больныхъ заканчивала общее леченіе на Озеро-Карачинскомъ желѣзнодорожномъ курортѣ. Леченіе продолжалось по нѣсколько мѣсяцевъ.

237. Abscess. fem. dext., trombophleb. v. saph. mag. № листа 531. К—а, 22 л., пост. въ больницу 2 іюля 1907 г., вып. 10 іюля. Обширный нарывъ внутренней поворхности праваго бедра, а выше и ниже его гнойные тромбофлебиты v. saph. magn.,

вскрыты нарывы и тромбофлебиты, въ гною стафилококкъ, въ раны тампоны, поверхъ повязки пузырь съ горячей водой. Больная выписывается съ чистой раной, безъ инфильтрата въ окружности, свободно ходитъ. Случай описанъ въ работѣ о дѣйствіи тепла на гнойныя раны.

238. Abscess. fem. d. prof. № листа 628. К—а, 55 л., пост. въ больницу 25 Сентября 1907 г., вып. 25 ноября. Заболѣла въ 20-хъ числахъ августа внезапно желудочнымъ разстройствомъ, а затѣмъ сильно заболѣла въ бедрѣ правая нога и опухла. Съ тѣхъ поръ больная находится въ постели, теперь и поднимается въ ней съ посторонней помощью, настолько ослабѣла отъ болѣзни. Рѣзко выраженное расширеніе сердца, глухіе тоны, перебои пульса, рѣзко выраженный артеріо-склерозъ. Почти вся длина діафиза праваго бедра спереди и боковъ занята глубокомъ нарывомъ, расположеннымъ подъ m. quadric. femor. Нарывъ какъ и предыдущій, вскрытъ подъ хлоръ-этиломъ, въ рану тампонъ, поверхъ повязки пузырь съ горячей водой. Въ гною стафилококкъ. Случай описанъ вмѣстѣ съ предыдущимъ. Больная выписалась съ узкой гранулирующей поверхностью и на своихъ ногахъ.

239. Artr. fung. articulat. gen. sin. № листа 133. Б—а, 23 л. пост. въ больницу 9 февраля 1904 г., вып. 27 марта. Болѣетъ давно, малокровна. Лѣвая нога согнута въ колѣнномъ суставѣ подъ угломъ 140^0, весь суставъ занятъ тѣстоватой опухолью, суставные концы костей утолщены, типическія болѣвыя точки на боковыхъ связкахъ. Подвижность въ колѣнѣ ограниченная. Резекція сустава исполнена по Сапѣжко, что затруднялось старыми періартрическими сращеніями. Швы на рану и глухая гипсовая повязка на ногу. Повязка смѣнена чрезъ недѣлю, при чемъ сняты швы. Первое натяженіе. Вторая гипсовая повязка снята 26 марта, очень небольшая подвижность костей, произведено треніе ихъ другъ друга, насколько позволяла подвижность. Гипсовая повязка. Больная все время получала Ol. jecor. aselli, syr. ferri jodat и natr. pyrophosph. ferr. Выписалась для леченія на дому.

240. Tuberc. articul. gen. d. № листа 838. Е—а, 46 л., пост. въ больницу 3 ноября 1906 г., вып. 27 февраля 1907 г. Болѣе года тому назадъ (30 іюня 1905 г.) рожала, во время родовъ очень простудилась, сильно хворала, болѣло и внизу живота. Вслѣдъ за этой болѣзнью, длившейся нѣсколько мѣсяцевъ внезапно сильно заболѣла правая нога въ колѣнномъ суставѣ и рас-

пухла. Постепенно опухоль опала, а нога осталась сведенной въ колѣнномъ суставѣ почти подъ прямымъ угломъ, въ немъ нѣтъ активной и почти незамѣтно пассивной подвижности, при попыткахъ движенія боли. Никакой припухлости въ суставѣ не отмѣчается. При операціи разрѣзъ по Textor'у, полость суставной сумки зарощена, въ большомъ мыщелкѣ ближе къ хрящу и въ хрящѣ большеберцовой кости некротическія гнѣзда, хорошо отграниченныя отъ окружающихъ частей. Суставные концы костей усѣчены въ здоровыхъ частяхъ. Нога выпрямлена, наложена на наглухо зашитую рану гипсовая повязка. Чрезъ недѣлю повязка сдѣлана окончатой, швы сняты, первое натяженіе, у внутренняго угла раны подъ кожей небольшое скопленіе крови. Чрезъ 4 дня смѣна повязки, выпущена кровянистая жидкость. Прислугой были загрязнены инструменты при перевязкѣ, посему на другой же день высокая t^0 и краснота факелами, въ ранѣ гной. Чрезъ нѣсколько перевязокъ рана очистилась. Къ выпискѣ полное сращеніе костей при зажившей ранѣ, начала ходить. Участки костей съ некротическими гнѣздами, послѣ декальцинаціи жидкостью Hug'а залиты въ целлоидинѣ, изъ нихъ сдѣланы срѣзы, покрашенные по v. Gieson'у. Оказался туберкулезъ кости, съ образованіемъ бугорковъ вокругъ кровяныхъ сосудовъ съ гигантскими клѣтками.

Препараты доставлены въ патолого-анатомическій музей Томскаго Университета.

241—243. Сдѣланы впрыскиванія іодоформъ-глицерин. 10% эмульсіи тремъ больнымъ при заболѣваніи колѣнныхъ суставовъ туберкулезомъ, кости не прощупывались утолщенными. Впрыскиванія той и другой больной по нѣсколько резъ чрезъ 2-хъ недѣльные промежутки съ наложеніемъ гипсовой повязки. Больные начали пользоваться сдѣлавшимися безболѣзненными конечностями съ замѣтно уменьшившимся припуханіемъ сустава.

244. Ostitis. purul. tibiae sin. № листа 407. Я—а, 22 л., пост. въ больницу 9 мая 1904 г., вып. 4 іюня. Въ дѣтствѣ больная перенесла остеоміэлитъ костей голени. Секвестры удалены на 10-мъ году проф. Салищевымъ. Теперь ограниченный нарывъ голени въ верхнемъ ея отдѣлѣ, появившійся недавно, ходить не можетъ; нарывъ вскрытъ, онъ сообщается тонкимъ ходомъ съ нарывомъ, помѣщающимся въ толщѣ кости, склерозированная кость трепанирована надъ нарывомъ, полость нарыва выскоблена,

секвестровъ не содержитъ. Подъ тампонами полость выполнилась и больная выписалась для амбулаторнаго леченія.

245. Osteomyel. tib. sin. № листа 343, З—а, 14 л., пост въ больницу 10 апрѣля 1904 г., вып. 22 іюля 1904 г. Заболѣла остро съ жаромъ, ознобомъ мѣсяцевъ 8 тому назадъ, болѣла сильно голень лѣвой ноги. Теперь большеберцовая лѣвая кость сильно вздута по всей длинѣ, на ней много свищей, отдѣляющихъ гной. При операціи tibia трепанирована по всей длинѣ діафиза, изъ нея удалены секвестры съ острозазубренными краями. Въ рану, тщательно выскобленную, поставлены тампоны. Въ послѣдовательномъ леченіи вскрытъ нарывъ на наружной сторонѣ голени. Рана кости хорошо выполняется, но къ выпискѣ больной (по семейнымъ обстоятельствамъ) она еще не зажила.

246. Tuberc. os. femor. sin. № листа 614. М—а, 34 л., пост. въ больницу 27 августа 1904 г., вып. 25 Октября. Болѣзнь началась постепенно у здоровой въ общемъ больной, начало опухать лѣвое бедро, постепенно безъ сильныхъ болей и разстройства общаго состоянія образовался нарывъ, онъ прорвался, образовался свищъ, изъ котораго выходили круглыя косточки. Бедро теперь вздуто, начиная сверху отъ trochant. до нижней трети, на наружной сторонѣ бедра ближе кпереди находится свищъ, ведущій къ кости. При операціи, соединенной съ трепанаціей кости на протяженіи всего вздутаго участка вскрытъ и свищъ, огибающій кость до боковой внутренней поверхности бедра. Полость въ кости, въ которой не оказалось секвестровъ, тщательно выскоблена—ее наполняли сѣрыя, отечныя грануляціи. Въ рану кости іодоформированные тампоны. Къ выпискѣ свищъ зажилъ, а костная полость выполнилась здоровыми грануляціями.

247. Fractura aperta crur. d., amput. crur sin. № листа 353. Я-а, 20 л., пост. въ больницу 26 IV-1907 г., вып. 2 XII-1907 г. Доставлена въ больницу съ ампутированной лѣвой голенью въ верхней трети и открытымъ переломомъ правой ногой, уложенной въ проволочную шину, повязка на правой ногѣ промокла кровью. При перевязкѣ: рана ампутированной лѣвой голени зашита почти наглухо, по бокамъ поставлены небольшіе тампоны; кожа на срединѣ раны сильно напряжена и швы на этомъ мѣстѣ сняты. На правой голени три рвано-ушибленныя раны сант. по 5—6, ведутъ къ раздробленнымъ костямъ голени. Раны очищены и ихъ окружность, стерилизованная повязка, правая конечность уложена въ шину. До-

ставлена на второй день послѣ поврежденія поѣздомъ. Другихъ поврежденій нѣтъ. Вскорѣ обнаружились явленія гангрены мягкихъ частей на голени и частью стопы спереди. Послѣ настояній сдѣланы глубокіе разрѣзы на голени въ количествѣ 6, такъ какъ вся голень стала сильно отечной. Чрезъ разрѣзы выпущено большое количество грязнаго распада и удалено 2—3 осколка раздробленныхъ костей, осколки утеряли связь съ надкостницей. Гангренесценція только кожи продолжалась и послѣ того, остались пощаженными только узкій мостикъ изъ мягкихъ тканей на голени спереди, да мягкія ткани сзади, на стопѣ же гангрена не двинулась далѣе, стопа осталась цѣлой, а въ ранахъ на мѣстѣ грязнаго распада появился гной. Продолжающееся нагноеніе при обширной потерѣ мягкихъ частей голени и обширномъ раздробленіи костей исключало возможность сохранить ногу и больная значительно истощившаяся отъ нагноенія и высокой t^0 послѣ долгихъ настояній согласилась на отнятіе голени.

Послѣ операціи, при которой обнаружилась отечность, гиперемія и инфильтрація костнаго мозга оставшихся костей голени, рана оставлена открытой, на 3-й день начала повышаться t^0 и развиваться нагноеніе. Поверхъ повязки положенъ пузырь съ горячей водой и нагноеніе быстро прекратилось, рана стала подживать, а больная окрѣпла н стала съѣдать почти вдвое противъ обыкновенныхъ больныхъ при общемъ здоровьѣ. Въ послѣдовательномъ леченіи пришлось исправить коническую культю лѣвой голени удаленіемъ выстоящихъ костей, поведшихъ къ изъязвленію мягкихъ частей и удалить два небольшихъ секвестра на правой культѣ. Раны зажили гладко и больная болѣе мѣсяца лежала въ больницѣ для снятія слѣпковъ съ голеней.

248. Gangr. dig. II ped, phlegmon. ped. d., trombophleb. v. saph. mag. purul. № листа 741. Л-а, 40 лѣтъ, пост. въ больницу 13 нояб. 1904 г., вып. 20 февр. 1905 г. Гангрена пальца наступила вѣроятно отъ грязнаго содержанія случайной ранки, къ гангренѣ присоединилась флегмона всей стопы и гнойно-распавшійся тромбъ v. saph. maq. въ can. inquin. Палецъ отнятъ, флегмона и тромбофлебитъ вскрыты, въ раны тампоны. Къ выпискѣ всѣ раны зажили и больная выписалась здоровой, на своихъ ногахъ.

249. Phlegm. ped. et. caries. oss. tarsi et metatarsi ped. sin. № листа 179. Б-а, 57 лѣтъ, пост. въ больницу 28 февр. 1907 г., вып. 18 іюня. Поступила со вскрытой въ клиникѣ (не знаетъ

какой) Университета флегмоной лѣвой ступни, наступившей послѣ удара тяжелаго предмета по ступнѣ, флегмона охватываетъ ступню по тылу и подошвѣ. Кости плюсны и предплюсны съ внутренней стороны обнажены. Когда выяснилось, что флегмона остановилась въ своемъ поступательномъ движеніи, кости, кромѣ обнаженныхъ не пострадали, то образовавшіеся къ этому времени секвестры пяточной, ладьевидной, I клиновидной и головки 1-й кости metatarsi изъ новаго линейнаго разрѣза выскоблены и раны чрезъ мѣсяцъ зажили. Выписалась свободно ступая на ногу, заболѣваніе и операція не отразились замѣтно на функціи стопы.

250. Vulnera contuso-lacer., gangr. dig. ped. sin., contusiones № листа 564. Р-а, 20 лѣтъ, пост. въ больницу 29 іюля 1907 г., вып. 28 авг. Поступила послѣ ушиба и раненій паровозомъ на 2-й день послѣ раненія. На большомъ пальцѣ лѣвой ноги съ внутренней стороны во всю длину проникающая до кости рвано-ушибленная, загрязненная рана. Ногтевая фаланга 2 пальца оторвана, на 3 и 4 рвано-ушибленныя раны, ушибъ съ кровоподтеками всей стопы, ссадины и кровоподтеки на различныхъ частяхъ тѣла. На ранахъ пальцевъ началась влажная гангрена. Асептическая повязка на раны пальцевъ и пузырь съ горячей водой поверхъ повязки, гангрена дальше не пошла. Пришлось только отнять всѣ фаланги II и ногтевую III-го, раны стали подживать и больная выписалась съ небольшими гранулирующими поверхностями для амбулаторнаго леченія. Случай описанъ въ работѣ о дѣйствіи тепла на гноящіяся раны.

251. Vuln. pnnct. ped. sin. et arteriae tib. post. № листа 608. К-хъ, 25 лѣтъ, пост. въ больницу 23 авг. 1905 г., вып. 5 сент. Въ лѣвую стопу немного ниже средней части внутренней ладыжки вонзилось стекло, долго остававшееся въ ранѣ, вызывавшее кровотеченія изъ раны, доводившія больную до обмороковъ, что и заставило больную обратиться въ больницу. На указанномъ мѣстѣ у больной гноящаяся рана съ припуханіемъ окружности. При операціи стекло удалено и перевязана arter. tib. post. вблизи дѣленія ея на наружную и внутреннюю подошвенныя. стекло въ ранѣ располагалось косвенно и поранило одну сторону артеріи ниже вхожденія въ кожу. Нервъ не пораненъ. Больная чрезъ нѣсколько дней оправившись отъ малокровія выписалось для амбулаторнаго леченія.

252. Tumor reg scap. d. congen. № листа 502. П-я, 31 г., пост. въ больницу 18 іюня 1904 г, вып. 7 авг. Съ рожденія существуетъ опухоль у здоровой въ остальномъ женщины на правой лопаточной области, на 8 мѣсяцѣ жизни опухоль уже замѣчена выдающейся надъ остальной поверхностью названной области. До 14 лѣтъ опухоль была менѣе плотная, съ этого времени ощупываются въ ней болѣе плотныя части. Опухоль занимаетъ всю область лопатки: длина опухоли 24 ст., ширина 17 ст., высота 17 ст., наибольшая окружность 61,5. Основа опухоли состоитъ изъ частей фиброзно-жировой плотности, внутри же опухоли прощупываются костныя части. Кожа, покрывающая опухоль, рубцово измѣнена, опухоль нѣсколько подвижна по отношенію къ лопаткѣ и ключицѣ, но очень мало. При операціи разрѣзъ по длиннику опухоли въ видѣ овала, въ который захвачена рубцово-измѣненная кожа и часть m. trapezii. Надъ опухолью мышца расположена въ одинъ слой, это отчетливо видно какъ при операціи, такъ и послѣ при препаровкѣ слоевъ, покрывающихъ опухоль. Опухоль была связана очень плотными и обширными фиброзными сращеніями съ ключицей и особенно лопаткой, гдѣ у наружнаго края ея образовалось нѣчто въ родѣ сочлененія опухоли съ лопаткой. spina scapul и acromion отсутствуютъ, m delt., лежащій начальными частями на опухоли, сдвинутъ съ нея. Поверхность лопатки имѣетъ видъ углубленной тарелки, на ней нѣтъ мышцъ supra и infraspinat. Трапеціевидная мышца сшита и рана почти на всемъ протяженіи зашита наглухо, кромѣ мѣста для небольшого тампона. Наложена давящая повязка. Сшитая часть раны зажила первымъ натяженіемъ, остальная выполнилась къ выпискѣ и съ небольшой грануляціонной поверхностью больная выписалась. Случай описанъ въ работѣ, помѣщенной въ „Хирургіи“ за 1908 г.

253. Abruptio extremit. sup. d. № листа 566. Б-а, 40 лѣтъ, пост. въ больницу 24 авг. 1905 г., вып. 2 янв. Попала подъ паровозъ, въ верхней трети оторвало правое плечо, оставшуюся часть плечевой кости раскололо, acromion раздробило, мягкія части лопаточной области ушиблены, но остались. Произведена экзартикуляція оставшейся части плечевой кости, удалены пострадавшія части acromion'а, перевязаны подкрыльцевые сосуды, все сдѣлано подъ хлороформомъ сильно малокровной больной. Хорошо перенесла операцію, а не зашитая рана стала, постепенно

оправляясь отъ ушиба, поджинать. Въ декабрѣ мѣсяцѣ стало увеличиваться мочеотдѣленіе, 5000 затѣмъ 7000,0, сахара нѣтъ, удѣльный вѣсъ 1001—2. Рана зажила къ выпискѣ. Въ концѣ 1907 г. видѣлъ больную собирающей милостыню, здорова.

254. Vuln. sclopet. man. dextr. № листа 408. З-а, 40 лѣтъ, пост. въ больницу 9 мая 1904 г., вып. 11 іюля. Поступила съ огнестрѣльной раной кисти правой руки, входное отверстіе на ладони небольшое, выходное рваное на тылѣ большое, изъ раны торчатъ переломленныя кости пястья, значительное кровотеченіе. Перевязаны въ ранѣ кровоточащіе сосуды ладонныхъ дугъ, раздробленныя пястныя кости указательнаго и средняго пальцевъ и запястья удалены, лучезапястный суставъ оказался вскрытымъ. Рана постепенно зажила при обильномъ нагноеніи. Амбулаторно ходила на массажъ, пріобрѣла сносныя движеніе кистью и пальцами руки и оставила хожденіе на массажъ.

255. Sarcoma cut. man. d. № листа 478. М-а, 31 года, пост. въ больницу 8 іюня 1904 г, вып. 16 іюня. Заболѣла мѣсяца 1,5 тому назадъ. На кожѣ возвышенія большого пальца появилась небольшая опухоль, теперь изъязвившаяся и кровоточащая. Опухоль съ воложскій орѣхъ, удалена съ обширнымъ участкомъ кожи, рана зашита, рана заросла. Подъ микроскопомъ саркома, въ листѣ не записана—изъ какихъ клѣтокъ, препаратъ не сохранился.

256. № листа 671. Artrit. rad. carp. gonorhoic. sin. П—а, 17 лѣтъ, пост. въ больницу 16 сентября 1907 г., вып. 2 декабря. Больная выше средняго роста, очень хорошаго питанія, имѣла ребенка и былъ выкидышъ, бѣли вскорѣ послѣ 1-го coitus. Заболѣлъ дней 20 тому назадъ внезапно лучезапястный суставъ лѣвой руки, леченіе на мѣстѣ Natr. salicyl. нисколько не помогло, а какими то мазями сожжена (2-й ст.) кожа въ области больного сустава. Въ суставѣ жестокія боли, суставъ припухъ, но свободной жидкости въ немъ не констатируется, движенія невозможны, больная не спитъ ночей отъ болей. Типическіе признаки гонорреи во влагалищѣ. Леченіе застойной гипереміей по Bier'у по 10—20 часовъ. t^0 быстро пала и рука послѣ трехъ сеансовъ перестала болѣть. Небольшой нарывъ кожи внутренней стороны предплечья на мѣстѣ сожженой кожи вскрытъ. Нарывъ зажилъ и больной сдѣлано нѣсколько сеансовъ массажа, для дальнѣйшаго леченія не болящей и не опухшей руки уѣхала домой.

g) Помощь при родахъ и беременностяхъ.

Кромѣ тѣхъ случаевъ сшиванія свѣжихъ разрывовъ промежности и выскабливанія при искусственныхъ выкидышахъ, о которыхъ уже упомянуто, мною была оказана помощь при родахъ въ видѣ удаленій послѣда по Credè, нѣсколько разъ произведено ручное удаленіе послѣда при неудачѣ по Credè и продолжающемся обильномъ кровотеченіи, два раза—задержавшагося болѣе 2-хъ часовъ послѣда; осложненій при этомъ въ послѣродовомъ періодѣ не имѣли. Отдѣльныхъ исторій болѣзни не приводимъ, такъ какъ особаго интереса въ нихъ не имѣется, только отмѣтимъ, что въ двухъ случахъ задержавшагося послѣда имѣлось дѣло съ очень плотнымъ соединеніемъ его съ маткой ирубцовымъ (микроскопическое изслѣдованіе) частичнымъ перерожденіемъ его. Оказана была помощь и такимъ больнымъ, которыя имѣютъ нѣкоторый интересъ и въ отдѣльныхъ исторіяхъ болѣзней.

257. Partus, forceps № листа 269. С—ая, 28 лѣтъ, пост. въ больницу 24 апрѣля 1905 г., вып. 8 мая. Первородящая, тазъ нормальный, 1-е черепное положеніе, періодъ раскрытія шелъ, хотя и при вялыхъ у бывшей золотушной паціэнтки схваткахъ, но нормально, періодъ же изгнанія затянулся на 12 часовъ и изъ косого размѣра головка, несмотря на принятыя мѣры для подкрѣпленія силъ больной, не вышла Щипцы наложены мною въ косомъ размѣрѣ, замокъ щипцовъ при тракціяхъ перешелъ кпереди, еще перемѣняя руки сдѣлано нѣсколько тракцій, но благодаря усталости рукъ окончаніе извлеченія передано д-ру Мышкину, который и докончилъ его. На разрывъ промежности до rectum, происшедшій при прохожденіи головки, положено 6 швовъ. Сращеніе промежности полное первымъ натяженіемъ, случай разрыва и сшиванія промежности не упомянутъ въ числѣ другихъ, такъ какъ полученъ при операціи. Той-же больной въ 1907 г. сдѣлано мною при новыхъ родахъ и вялыхъ схваткахъ выжиманіе плода по Kristeller'у, когда движеніе плода по родовому каналу опять стало задерживаться въ косомъ размѣрѣ. По старому разрыву произошелъ небольшой разрывъ промежности, положены два шва. Послѣродовой періодъ и сращеніе разрыва протекали правильно.

258--260. Извлеченіе плода при ягодичныхъ положеніяхъ пришлось дѣлать при нормально развитомъ плодѣ три раза (одинъ

мертвый еще во время періода раскрытія). Всѣ случаи кромѣ преждевременнаго отхожденія водъ ничего особаго не представляютъ, во всѣхъ случаяхъ приходилось освобождать запрокинутыя ручки. Разрывовъ промежности не было, послѣродовой періодъ протекалъ правильно.

261. Partus № листа 463. Ч—а, 30 лѣтъ, пост. въ больницу 7 іюля 1905 г., вып. 11 іюля. Рожаетъ 7-й разъ, всѣ роды протекали правильно, дѣти рождались нормальными, но всѣ умирали около 4-хъ мѣсяцевъ отъ роду. 7-я беременность доношенная, водъ очень много, ягодичное положеніе опредѣлено акушеркой послѣ отхожденія водъ и послано за мной. Я засталъ уже родившееся очень быстро туловище до лопатокъ, ребенокъ живъ Тотчасъ освобождены ручки и произведено извлеченіе плода ручнымъ пріемомъ Veit'а, при чемъ за легко вышедшей послѣ первой же сильной тракціи головкой вытекло много жидкости. Оказалась головная водянка съ истонченіемъ всѣхъ покрововъ головы и огромнымъ расхожденіемъ истонченныхъ костей. Истонченные покровы лопнули по фронтальному направленію во всю ширину соединенія лобной кости съ темянными. До извлеченія я едва достигалъ пальцемъ до затылка и рта ребенка, можно было предполагать головную водянку. Ребенокъ извлеченъ мертвый. Разрыва промежности не было. Послѣродовой періодъ протекъ правильно.

262. Partus № листа 621. Г—а, 25 лѣтъ, пост. въ больницу 15 августа 1906 г., вып. 24 августа. Повторнородящая, рожала хорошо, доставлена со ст. Тайга. Поперечное положеніе переведено при начавшихся около 4 ч. тому назадъ схваткахъ и цѣломъ плодномъ пузырѣ наружными ручными пріемами въ косое, а затѣмъ благодаря положенію роженицы на лѣвомъ боку въ ножное. Плодъ мертвый, тазъ коксальгическій (лѣвая нога въ дѣтствѣ болѣла въ тазобедренномъ суставѣ, есть рубцы, теперь она короче на вершокъ). Извлеченіе родившагося до лопатокъ плода, съ освобожденіемъ ручекъ, ручнымъ пріемомъ Veit'а. Послѣродовой періодъ протекъ правильно, а обильное отдѣленіе молока быстро сократилось отъ назначенія Kal. jod.

263. № листа 887. К—нъ, 29 лѣтъ, пост. въ больницу 20 ноября 1906 г., вып. 26 ноября. Беременна третій разъ, до того рожала правильно. Поступила въ 9 ч. вечера, чрезъ 5 часовъ послѣ возобновленія схватокъ, прекращавшихся по отходѣ водъ,

доставлена съ разъѣзда изъ-за ст. Тайга. Послѣ ванны и клизмы больная переведена въ родильную комнату, гдѣ внутреннимъ изслѣдованіемъ подкрѣплено распознаваніе поперечнаго положенія — выпавшая во влагалище ручка и вколотившееся и отечное плечико къ лѣвой сторонѣ матери. Воды, по словамъ больной, отошли еще прошлой ночью. Послѣ глубокаго наркоза, у предупрежденной обо всемъ больной, приступлено къ вн. повороту плода при полномъ открытіи матки и ставшихъ очень частыми схватками. Рука только сътрудомъ вошла въ матку, такъ крѣпко охваченъ плодъ. Животъ плода кпереди. Съ трудомъ удалось захватить нижнюю ножку, лежащую въ правомъ отдѣлѣ матки. Низведеніе ея ко входу влагалища не оказало никакого вліянія на положеніе плода, который въ это время умеръ. Низведеніе не менѣе трудное 2-й ножки, если не болѣе, не подвинуло дѣла впередъ. Наиболѣе труднымъ моментомъ операціи при уставшихъ уже обѣихъ рукахъ оказалось отведеніе вколотившагося плечика кверху, оно удалось по пріему Justine Sigemund'а и при помощи снаружи. Операція съ повторнымъ мытьемъ рукъ длилась около часу, начата въ 11,5 вечера. т. е. чрезъ 6 часовъ послѣ возобновленія схватокъ. При извлеченіи плода пришлось освобождать запрокинутую на затылокъ ручку, извлеченіе головки ручнымъ пріемомъ Veit'а. Послѣродовой періодъ протекалъ нормально, выписывается по собственному желанію.

264. Partus № листа 697. Н—а, 30 лѣтъ, пост. въ больницу 26 октября 1907 г., вып. 23 ноября. У больной десятая беременность, доношенная. Когда сошли воды, акушеркой опредѣлена предлежащая часть локоть. Когда пришелъ я въ больницу, то уже схватки возобновились; при изслѣдованіи per vagin. выпала во влагалище почти вся рука, осталась только кисть въ полости матки, головка младенца влѣво, а ножки у правой стороны дна, полное раскрытіе. Подъ хлороформомъ произведенъ поворотъ младенца на обѣ ножки и извлеченіе. Ножки, въ виду ихъ высокаго положенія, затруднительно было достать, за то поворотъ и извлеченіе были легкими. Головка выведена ручнымъ пріемомъ Veit'а. Мать и ребенокъ, быстро отошедшій отъ небольшой асфиксіи въ ваннѣ, были оба до выписки здоровы.

265. Hematocele retrout. № листа 174, Ш—а, 35 л. пост. въ больницу 7 марта 1905 г., вып. 25 апрѣля. 4 мѣсяца у больной не было кровей, затѣмъ при сильныхъ, какъ при родахъ, схват-

кахъ пошла сильно кровь съ отхожденіемъ пленокъ. Больная отъ кровотеченія ослабѣла. Въ меньшей степени кровотеченіе продолжается и теперь и отходятъ изъ полости матки пленки. Матка увеличена, въ заднемъ сводѣ большая опухоль съ жидкимъ содержимымъ, идущая вправо. Пока больная лежала въ больницѣ t^0 все поднималась, проколъ обнаружилъ разлагающуюся кровь въ заднемъ Двугласовомъ пространствѣ. Подъ хлоформомъ удалено при вскрытіи задняго свода много жидкой разлагающейся и дурно пахнущей крови и кровяныхъ сгустковъ, частью плотно приставшихъ къ стѣнкамъ. Въ полость кровоизліянія поставленъ тампонъ. При выпискѣ на мѣстѣ правой Фаллопіев. трубы опухоль съ кулакъ величиной, тампонъ еще ставится въ уменьшавшуюся кровяную полость. Болей нѣтъ почти и больная, чувствуя себя оправившейся, выписываются по собственному желанію.

266. Hematocele retrout. № листа 461. П—о, 36 л. пост. въ больницу 2 іюня 1904 г., вып. 12 августа. До заболѣванія была здоровой, предъ болѣзнью мѣсяца два съ половиной не было регулъ, потомъ со схватками началось сильное кровотеченіе, очень ослабившее больную. По словамъ больной лечившій врачъ производилъ ей при этомъ выскабливаніе матки и тампонировалъ влагалище. Поступила съ высокой t^0, въ заднемъ сводѣ большая эластически напряженная опухоль, матка увеличена, проколъ обнаружилъ разлагающуюся кровь. полость вкрыта и удалены кровь и сгустки. Постепенно больная оправилась отъ болѣзни и съ небольшой полостью и безъ болей выписывается домой, имѣя сильно увеличенной правую трубу и немного лѣвую.

267. Hematocele retrout. № листа 745. У—а, 32 л., пост. въ больницу 10 ноября 1907 г., вып. 15 декабря. Кровей у многорожавшей больной не было около 3-хъ мѣсяцевъ, потомъ сильно пошла кровь, больная ослабѣла. Въ заднемъ сводѣ большая выходящая въ большой тазъ опухоль съ жицкимъ содержимымъ, она вскрыта, такъ какъ проколомъ обнаружена разлагающаяся и дурно пахнущая кровь. Въ полость тампонъ, t^0 не падала, а изъ полости отходили все новые и новые сѣро-зеленые сгустки. На низъ живота пузырь съ горячей водой. t^0 на 4-й день пала и больная постепенно оправилась отъ слабости и выписалась для леченія на дому.

Итакъ, за отчетный періодъ мною оказано оперативное пособіе болѣе, чѣмъ 267 больнымъ, 267 изъ нихъ занумерованы въ отчетѣ, такъ какъ исторіи ихъ болѣзней представляютъ тотъ или другой интересъ. Занесеннымъ въ отчетъ больнымъ сдѣлано 302 операціи.



КЪ ВОПРОСУ О ПАРАТИФОЗНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ.

Случай паратифа, обусловленнаго bacil. foecal. alcaligenes.

Пр.-доц. Вершинина и ордин. Либерова.

Наблюденія у постели больныхъ брюшнымъ тифомъ уже давно говорили клиницистамъ за то, что рядомъ съ типическимъ теченіемъ брюшного тифа встрѣчаются нерѣдко формы инфекціи, съ трудомъ укладывающіяся въ рамки нашего понятія о тифѣ. Такіе случаи обыкновенно носили названіе неопредѣленнаго тифа, тифоида и пр. Со времени примѣненія въ качествѣ діагностическаго метода, сывороточной пробы Vidal'я, еще рѣзче стало выступать на сцену это различіе такъ называемыхъ типичныхъ и неопредѣленныхъ формъ брюшного тифа: среди послѣднихъ попадались случаи инфекціи, гдѣ самые тщательные поиски специфическихъ къ коккобациллу Eberth'а агглютиновъ оказывались тщетными. Эта серодіагностическая проба явилась первымъ толчкомъ, послужившимъ къ выясненію различныхъ формъ тифозныхъ заболѣваній. А бактеріологическое изученіе ихъ освѣтило тотъ путь, по которому мы приходимъ въ настоящее время къ точному пониманію кишечнотифозныхъ инфекцій.

Благодаря изслѣдованіямъ Achard'а и Bensaude [1]), Schöttmüller'а [2]), Kurth'а [3]), Brion'а [4]), Feyfer'а и Kayser,а [5]) сдѣлался достояніемъ науки прежде всего тотъ фактъ, что на ряду съ истинными тифозными заболѣваніями наблюдаются паратифозныя, обусловливаемыя не коккобацилломъ Eberth'а, а паратифозными бациллами типа А и В. Дальнѣйшія наблюденія показали, что паратифозные микробы распространены вездѣ, гдѣ встрѣчается тифъ, и

---

1) La Sem. méd. 1896, p 480, 497

2) Deutsch. med. Wochenschr. 1900, № 22. Zeitschr. f Hyg. Bd. 36, S. 368, 1901.

3) Deutsch. med. Wochenschr. 1901, №№ 30 и 31, S 501, 519.

4) Münch. med Wochenschr. 1902, № 15, S. 611.

5) Münch. med. Woch. 1902, №№ 41 и 42, S. 1693 1752.

сопутствуя послѣднему, вызываютъ то отдѣльныя, спорадическія заболѣванія, то являются причиной цѣлыхъ эпидемій. Совмѣстное клиническое и бактеріологическое изученіе паратифозныхъ заболѣваній привело къ заключенію, что на ряду съ установленными типами паратифовъ А и В существуютъ въ природѣ еще другіе виды паратифозныхъ микробовъ, вызывающіе кишечнотифозную инфекцію.

Hume [1]) видѣлъ паратифозное заболѣваніе въ Ливерпульской больницѣ; оно дважды рецидивировало; въ теченіе его отмѣчено кишечное кровотеченіе, реакція Widal'я отрицательная. Изъ испражненій и мочи получена палочка, названная авторомъ bac L. Она напоминаетъ уже извѣстныхъ паратифозныхъ, но образуетъ индолъ.

Graig [2]) и White [3]) наблюдали заболѣваніе, которое протекало, какъ брюшной тифъ, съ розеолами, увеличенной селезенкой, буйнымъ бредомъ, поносомъ и пр. На 25 день послѣдовала смерть. На вскрытіи: острый катарръ тонкихъ кишекъ безъ пораженія лимфатическаго аппарата кишечника. Посѣвы изъ селезенки и кишечника дали культуру bac. enteritidis Gärtner'a, родственную паратифознымъ микробамъ типа В.

Барыкинъ [4]) у 6 больныхъ съ легкимъ брюшнотифознымъ симптомокомплексомъ выдѣлилъ bac. coli anindolicum.

Altschüller [5]) на вскрытіи умершаго при явленіяхъ брюшного тифа получилъ изъ селезенки культуру bac. foecalis alcaligenes.

Послѣ этихъ краткихъ предварительныхъ замѣчаній перейдемъ къ описанію нашего случая, наблюдавшагося въ клиникѣ.

Больной студентъ медикъ Томскаго Университета В. В. 24 лѣтъ, поступившій въ терапевтическую факультетскую клинику 11 окт. 1907 года, заявилъ, что заболѣлъ онъ 4 окт. Первыя явленія были—общее недомоганіе, познабливаніе по вечерамъ, задержанный стулъ и потъ по ночамъ. Съ 8 октября у него появился сухой кашель, а 10-го онъ слегъ въ постель.

---

1) University press Liverpool. Т. 4, 1902. Цытир. по Барыкину, диссерт., стр. 8.
2) The Dublin. Journal of medic. 1902, Т. 114, ст. 221 и 241 } Цит. по Барыкину, диссерт., стр. 9.
3) Ibidem, стр. 244.
4) Паратифозныя заболѣванія въ Маньчжуріи, С.-Петерб. диссерт., 1906, стр. 27.
5) Münch. med. Wochenschr., № 20 1904.

Въ дѣтствѣ В. перенесъ скарлатину и корь,—на 11 году въ теченіи 6 недѣль болѣлъ брюшнымъ тифомъ, отъ котораго совершенно оправился; злоупотреблялъ алкоголемъ.

St. pr. Больной средняго роста 164, 5 см., правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. Кожные покровы блѣдны, на ощупь горячи. Языкъ обложенъ,—кончикъ и края чисты. Въ зѣвѣ небольшая краснота. Лимфатическія железы не увеличены. Форма грудной клѣтки правильная,—окружность груди на уровнѣ сосковъ при покойномъ дыханіи 83 см, при глубокомъ 87 см. Границы легкихъ нормальны, распредѣленіе перкуторной звучности уклоненій отъ нормы не представляетъ. При выслушиваніи—жесткое везикулярное дыханіе съ разсѣянными повсюду при вдохѣ свистящими хрипами. Сердце нормальныхъ размѣровъ, толчокъ въ 5 межреб. промежуткѣ кнутри отъ соска,—тоны чисты, ритмъ правильный. Пульсъ 80 уд. въ минуту, полный дикротичный. Животъ вздутъ, въ правой regio ileo—coecalis урчаніе,—болѣзненности при ощупываніи этой области не замѣчается. Селезенка выходитъ изъ подъ реберной дуги пальца на $1^1/_2$, при ощупываніи чувствительна,—верхній край ея по средней аксиллярной линіи опредѣляется на 8 ребрѣ. Печень не увеличена. Сухожильныя рефлексы слегка повышены. Зрачковая реакція удовлетворительная. Сознаніе ясное, на вопросы отвѣчаетъ скоро и охотно. Моча кисл. р., уд. в. 1010, бѣлка не содержитъ, діазореакція отсутствуетъ. Жалуется больной на общую слабость, головную боль, запоры и кашель. Температура 38, 4°. Постепенно поднимаясь, температура на 9-й день болѣзни достигла 40° и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни обнаружила волнообразный и крайне затяжной характеръ. Какъ видно изъ прилагаемой кривой въ ходѣ температуры наблюдается три періода, три большихъ какъ бы волны, каждая изъ которыхъ продолжалась около 4-хъ недѣль. Въ теченіе перваго періода лихорадка носила ремиттирующій характеръ, а въ теченіи 2-го и 3-го была болѣе или менѣе постояннаго типа. Только на 86 день болѣзни температура устанавливается на нормальныхъ цифрахъ, давая впрочемъ иногда вечернія повышенія до 37,3—38°. Уже въ теченіе перваго періода болѣзни, а именно на 13 день ($^{16}/x$) у больного обнаружились явленія сердечной слабости;—сердечная тупость увеличилась вправо, заходя за правый край грудины при глубокой перкуссіи пальца на $1^1/_2$,—вмѣстѣ съ этимъ

на верхушкѣ сердца появился 1-ый дующій шумъ и на 2-омъ тонѣ art. pulmon. акцентъ. Съ паденіемъ температуры на 27 день болѣзни (^{30}/X) явленія со стороны сердца стали выравниваться,—размѣры стали снова нормальны и на сердцѣ всюду выслушивались чистые тоны. Съ новыми ожесточеніями болѣзни въ теченіе второго и третьяго періода опять обнаружилась относительная недостаточность двустворки (на 32 и 61 дни болѣзни явился 1-й шумъ съ расширеніемъ границъ сердца вправо и акцентомъ на a. pulmon). Продолжались эти явленія, пока стояла высокая температура. Наряду съ измѣненіями сердечной дѣятельности видное мѣсто въ исторіи нашего больного занимаютъ поты и повторное высыпаніе розеолъ. Поты наблюдалъ больной у себя еще до поступленія въ клинику, и въ клиникѣ на нихъ онъ постоянно жаловался. Появлялись поты въ ранніе утренніе часы или же ночью, когда больной засыпалъ,—они были очень обильны и иногда, какъ напр. на 63 день (5 дек..) въ ночь повторялись два раза. Прекратились поты лишь на 101 день болѣзни (12 янв.).

Первое высыпаніе реозолъ замѣчено на 10 день (13/X), когда появилось на кожѣ живота въ области пупка нѣсколько одиночныхъ экземпляровъ розеолезныхъ пятенъ, исчезнувшихъ на 12 день. Второй разъ и тоже въ ограниченномъ количествѣ розеолы появились на 21-ый день на кожѣ груди, а на другой день и на кожѣ живота; на 24 день (27/X) онѣ исчезли. Третье высыпаніе было на 44 день въ области живота, также незначительное по количеству розеолъ.

Бронхитъ, существовавшій у больного съ первыхъ дней поступленія его въ клинику, при каждомъ новомъ ожесточеніи болѣзни обострялся и ослабѣвалъ съ паденіемъ температуры и выравниваніемъ сердечной дѣятельности.

Языкъ былъ густо обложенъ всё время и лишь въ короткіе промежутки между волнообразными повышеніями t—ы очищался,—въ связи съ тѣмъ въ это время наблюдалось и улучшеніе аппетита.

Животъ былъ вздутъ,—стулъ лишь съ клизмой,—ощупываніе правой ileo—coecal'ной области сопровождалось часто урчаніемъ, а иногда и чувствительностью. Селезенка во всё время болѣзни констатировалась увеличенной и лишь на 106 день болѣзни стала недоступной для ощупыванія и по перкуссіи опрядѣлялась нормальныхъ размѣровъ. Количество мочи, выдѣляемое больнымъ

въ сутки, колебалось въ предѣлахъ отъ одного до трехъ литровъ; уд. в. держался на постоянной цифрѣ 1010 и лишь иногда поднимался до 1015—1020. Слѣды бѣлка въ мочѣ обнаружены на 68 день (10/XII),—исчезъ бѣлокъ на 103 день (14/I). Сознаніе всё время было ясное и лишь только на 78 и 79 дни (20 и 21/XII), когда истощеніе больного достигло крайней степени, наблюдалось затемнѣніе его, а по ночамъ въ эти дни былъ бредъ. Со стороны крови въ теченіе болѣзни наблюдалось отсутствіе лейкоцитоза,—такъ, количество бѣлыхъ шариковъ въ 1 куб. mlm крови на 12 день (15/X) было 5200, на 62 д. (4/XII) 7000, на 92 (3/I) 3700, на 103 (14/I) 5600. Распредѣленіе отдѣльныхъ видовъ лейкоцитовъ уклонялось отъ нормы въ томъ отношеніи, что замѣчалось значительное увеличеніе числа лимфоцитовъ,—особенно рѣзко выраженное въ концѣ болѣзни, такъ 5/XI полинуклеаровъ было 68,8%, лимфоцитовъ 23,4%, одноядерныхъ 7,8%. эозинофиловъ не было; 11/XII (69 д.) полинуклеаровъ 52,2%, лимфоцитовъ 29,8% и одноядерныхъ 18% (эозинофилы тоже отсутствовали); 3/I (92 д.) полинуклеаровъ 48,7%, лимфоцитовъ 43,2%, одноядерныхъ 7,6% и эозинофиловъ 0,5%. Отсюда видимъ, что постепенно прогрессировавшее увеличеніе лимфоцитовъ шло насчетъ уменьшенія нейтрофильныхъ многоядерныхъ клѣтокъ и что эозинофилы, отсутствовавшіе въ разгарѣ болѣзни, стали появляться къ концу ея, какъ предвѣстники выздоровленія. Не менѣе интересныя измѣненія представляетъ кровь и со стороны морфологіи красныхъ кровяныхъ шариковъ. Если въ началѣ болѣзни кровь въ отношеніи красн. кров. шариковъ имѣла свойства нормальной крови, то уже со 2-го періода болѣзни она начинаетъ рѣзко измѣняться,—такъ на сухихъ препаратахъ крови, закрѣпленныхъ жаромъ и окрашенныхъ эозиномъ и синькой, 11/XII и 3/I бросается въ глаза дегенеративное измѣненіе плазмы красн. кр. шариковъ, а именно во многихъ изъ нихъ наблюдается густая мелкая распредѣленная по всему клѣточному тѣлу базофильная зернистость. Она замѣчалась какъ въ шарикахъ съ нормальной окраской протоплазмы, такъ и въ шарикахъ съ полихроматическимъ перерожденіемъ плазмы. Ядерныхъ шариковъ не найдено. На ряду съ этимъ есть небольшой пойкилоцитозъ. Подъ вліяніемъ тяжелой инфекціи у больного развилось значительное малокровіе,—такъ 3/I красн. кр. шариковъ насчитывалось 3000000 въ 1 куб. mm. крови при 35% гемоглобина (по

Gowers'у). Въ связи съ этимъ быть можетъ стоитъ наблюдавшаяся у больного одутловатость вѣкъ и небольшая отечность на ногахъ въ области лодыжекъ, замѣченная съ 91 дня болѣзни (21/I).

Въ теченіе этого лихорадочнаго заболѣванія, напоминавшаго собою затянувшуюся форму тяжелой брюшнотифозной инфекціи, кромѣ указанныхъ выше уклоненій отъ типа, мы должны отмѣтить слѣдующія особенности, которыми опредѣляется характеръ данной инфекціи.

1. Сывороточныя пробы, произведенныя на 9-й, 31-й, 55-й и 90-й дни заболѣванія съ тифозными и паратифозными палочками типа А и В, обнаружили: съ тифозной—незначительное склеиваніе, съ паратифозными же—полное отсутствіе агглютинаціи. При этомъ надо замѣтить, что нарастающей силы агглютинаціи съ тифозной палочкой не наблюдалось.

2. Повторное бактеріологическое изслѣдованіе крови, мочи и испражненій больного не обнаружило ни тифозной, ни паратифозныхъ палочекъ типа А и В.

3. Повторные посѣвы крови и испражненій больного дали микроба, который отличается слѣдующими морфологическими и біологическими свойствами.

По внѣшнему виду онъ напоминаетъ кишечную палочку; обладаетъ оживленными движеніями; по Gram'у обезцвѣчивается. Размножается путемъ дѣленія; споръ не образуетъ. Растетъ на всѣхъ питательныхъ средахъ и лучше при 37° Ц. Въ бульонѣ производитъ равномѣрное помутнѣніе съ образованіемъ на поверхности пленки. Индоловой и нитрозо-индоловой реакціи не даетъ.

Желатины не разжижаетъ и не дѣлаетъ ее мутной. На желатиновыхъ пластинкахъ черезъ сутки даетъ поверхностныя и глубокія колоніи. Глубокія колоніи въ сравненіи съ колоніями кишечной палочки ничего характернаго не представляютъ. Поверхностныя же колоніи отличаются отъ кишечныхъ и тифозныхъ. Онѣ немного напоминаютъ поверхностныя колоніи паратифа типа В: имѣютъ въ центрѣ темное круглое или овальное ядро и безцвѣтную прозрачную мелкозернистую периферію; форма колоніи круглая или овальная.

На 2% агарѣ микробъ этотъ растетъ въ видѣ бѣловато-влажнаго налета, какъ и кишечная палочка.

Въ средахъ, содержащихъ виноградный сахаръ, газа не образуетъ.

На картофелѣ растетъ бурымъ налетомъ.

Молоко не свертываетъ.

Neutralrotagar не измѣняетъ.

На средѣ Conradi-Drigalski'аго растетъ въ видѣ синихъ колоній, какъ и паратифозные микробы, не измѣняя этой среды.

Въ средѣ Capaldi-Proscauer'а производитъ посинѣніе.

Среду Petruschky щелочитъ, вызывая посинѣніе среды.

Въ средѣ Barsiekow'а № 2 и въ средѣ Klopstock'а также производитъ посинѣніе.

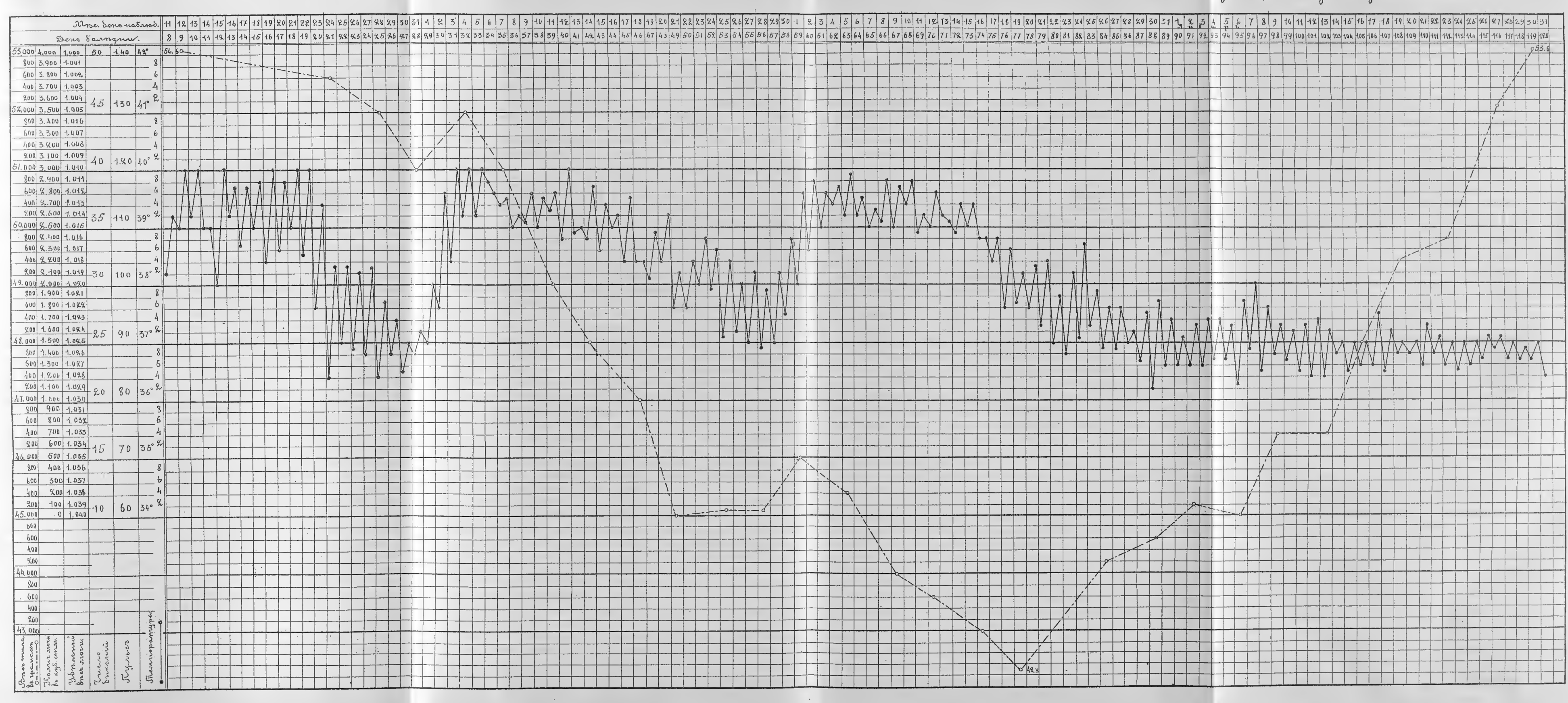
Такимъ образомъ, по своимъ свойствамъ выдѣленный микробъ относится къ бактеріямъ группы coli-typhus. Напоминая собой больше всего паратифозную палочку типа В, онъ рѣзко отличается отъ нея неспособностью газировать среды, содержащія виноградный сахаръ, и измѣнять neutralrotagar. Этотъ микробъ по своимъ свойствамъ есть ни что иное, какъ bacillus foecalis alcaligenes.

Въ заключеніе остается рѣшить вопросъ: имѣлъ-ли выдѣленный микробъ, bacillus foecalis alcaligenes, причинную связь съ даннымъ страданіемъ больного? Вопросъ рѣшается при помощи серореакціи. Кровь больного, не оказывая почти никакого вліянія на тифозную и паратифозныя палочки типа А и В, агглютинировала этого микроба при разведеніи 1 : 100 и даже 1 : 200. Такое специфическое отношеніе сыворотки крови больного къ выдѣленному микробу—bacill. foecalis. alcaligenes—является прямымъ доказательствомъ въ пользу того, что микробъ этотъ и былъ возбудителемъ даннаго заболѣванія. Что касается того обстоятельства, что кровь больного давала незначительную агглютинацію съ тифозными палочками, то оно имѣетъ вполнѣ достаточное объясненіе въ явленіи такъ называемой групповой агглютинаціи (Mitagglutination по Korte [1]).

---

[1]) Zeitschr f. Hyg., Bd. 44. 1903, S. 242.

Къ статьѣ пр.-доц. Вершинина и ордин. Либерова „Къ вопросу о паратифозныхъ заболѣваніяхъ“.



Изъ терапевтической факультетской клиники проф. М. Г. Курлова
при Императорскомъ Томскомъ Университетѣ.

Пр.-доц. Вершининъ.

О ПАРАТИФОЗНЫХЪ ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ

ТИПА А и В.



ТОМСКЪ.
Типо-литографія Сибирск. Т—ва Печатн. Дѣла, уголъ Дворянск. ул. и Ямск. пер. с. д.
1909.

О паратифозныхъ заболѣваніяхъ типа А и В.

Пр.-доц. Вершинина.

Koch, Gaffky и Eberth, открывши тифознаго бацилла, установили истинную причину тифозныхъ заболѣваній. Но, появившіяся въ позднѣйшее время изслѣдованія нарушили признанное всѣми единство тифозной заразы, показавъ, что типичныя въ клиническомъ смыслѣ тифозныя заболѣванія вызываются не онимъ только бацилломъ Eberth'a, а также другими микроорганизмами, близкими къ нему по своимъ свойствамъ, но все же допускающими полную и совершенную дифференцировку, благодаря прусущимъ имъ біологическимъ и морфологическимъ особенностямъ и отношенію къ специфическимъ сывороткамъ. Такъ, въ 1896 г. Achard и Bensaude[1]) впервые описали два случая изъ своей практики, протекшіе какъ тифозное заболѣваніе съ своебразнымъ микробомъ въ мочѣ и гноѣ грудино-ключичнаго сочлененія По описанію авторовъ микробъ этотъ представляетъ собой короткую, оживленно движущуюся палочку, некрасящуюся по Gram'y; палочка эта мутитъ бульонъ и даетъ на его поверхности нѣжную пленку, не свертываетъ молока, не даетъ реакціи на индолъ, на картофелѣ растетъ, какъ bac. psittacosis, хотя менѣе вирулентна, чѣмъ послѣдняя; въ средахъ, содержащихъ виноградный сахаръ, развиваетъ газъ; сыворотка брюшнотифозныхъ больныхъ дѣйствуетъ на нее слабо.

Въ 1900 г, появилась работа Schöttmüller'a[2]) изъ Гамбурга. Изслѣдуя въ Гамбургской городской больницѣ кровь больныхъ брюшнымъ тифомъ съ цѣлью опредѣлить, какъ часто при этой болѣзни находятся въ крови тифозныя бациллы, Schöttmüller въ одномъ случаѣ изъ 50 вырастилъ палочку, существенно отличающуюся отъ коккобацилла Eberth'a: сыворотка больного

---

[1]) La Sem. med. 1896 г., p. 480, 497. Bulletins et mém. de la société med. des hôpit. de Paris, 1896, p. 820.

[2]) Deutsch med. Wochenschr. 1900, № 32.

агглютинировала ее въ разведеніи 1 : 100, не дѣйствуя въ то же время на тифозную палочку въ разведеніи 1 : 20. Клиническая картина инфекціи была сходна съ брюшнымъ тифомъ. Продолжая свои наблюденія въ 1901 г., Schöttmüller[1]) снова сообщаетъ о 6 случаяхъ заболѣванія, клинически сходнаго съ брюшнымъ тифомъ, но обусловленнаго особыми бактеріями, найденными авторомъ въ крови 5 больныхъ. При этомъ Schöttmüller указываетъ, что сравненіе выдѣленныхъ культуръ по ихъ біологическимъ свойствамъ и росту на питательныхъ средахъ приводитъ его къ заключенію о существованіи нѣкоторыхъ различій между этими культурами, однако безъ того, чтобы эти различія вліяли на симптомокомплексъ вызваннаго ими страданія. Среди своихъ культуръ Schöttmüller насчитываетъ два типа и называетъ ихъ паратифозными микробами.

Въ томъ-же 1901 г. Kurth[2]) изъ Бремена, примѣняя реакцію Widal'я у своихъ 62 клиническихъ брюшнотифозныхъ больныхъ, въ 5 случаяхъ нашелъ полное отсутствіе ея или крайнюю незначительность. По словамъ Kurth'a, случаи этой послѣдней группы по своему теченію представляли изъ себя ту форму лихорадочнаго страданія, которая обыкновенно идетъ подъ названіемъ гастрической лихорадки (febris gastrica). Бактеріологическое изслѣдованіе испражненій одного изъ подобныхъ больныхъ дало Kurth'у микроба, на котораго сыворотка этихъ пяти больныхъ, будучи индифферентной по отношенію къ тифозной палочкѣ, дѣйствовала въ высокихъ степеняхъ разведенія (1:500—1:8000). Микроба этого Kurth назвалъ bac. bremensis febris gastricae. Въ 1902 г. о паратифозныхъ инфекціяхъ пишутъ Brion и Kayser[3]) выдѣлившіе при заболѣваніи протекшемъ, какъ легкій тифъ, съ тремя рецидивами, особого микроба, похожаго на одну изъ разновидностей Schöttmüller'а. Микробъ полученъ изъ мочи, розеолъ и венозной крови. Затѣмъ, Feyfer и Kayser[4]) сообщаютъ объ эндеміи паратифа въ Eibergen'ѣ (Голландія), гдѣ авторамъ, работавшимъ вмѣстѣ, удалось найти 13 случаевъ паратифа и 1 случай смѣшанной инфекціи паратифа съ брюшнымъ тифомъ. Распознаваніе паратифа сдѣлано было Fey-

[1]) Zeitschr. f. Hyg Bd 36, s. 368, 1901.
[2]) Deutsch. med. Wochenschr. 1901, №№ 30 и 31, s. 501, 519.
[3]) Münch med. Woch 1902, № 15, s 611.
[4]) Münch. med. Woch. 1902, №№ 41 и 42, s. 1693—1752.

fer'омъ и Kayser'омъ на основаніи сывороточной пробы. Сравнительное изученіе паратифозныхъ культуръ Schöttmüller'a, Kurth'a и своихъ собственныхъ привело авторовъ къ построенію классификаціи паратифозныхъ бициллъ, согласно которой нужно различать два типа: А и В. При этомъ авторы установили, что bac. bremensis febris gastricae Kurth'a соотвѣтствуетъ паратифозной палочкѣ типа В, а микробъ, выдѣленный Brion'омъ и Kayser'омъ,—паратифозной палочкѣ типа А.

Дальнѣйшія работы о паратифахъ лишь подтверждаютъ правильность наблюденія первыхъ авторовъ. Такъ Coleman, Buxton[1]) описываютъ заболѣваніе одной женщины, напоминающее брюшной тифъ и продолжавшееся съ рецидивами 7 недѣль. Путемъ венной пункціи найденъ подвижной микробъ, близкій по агглютинаніи къ паратифознымъ Schöttmüller'a и Kurth'a. Johnston[2]) приводитъ 5 случаевъ паратифа и обращаетъ вниманіе на то, что паратифозные микробы, близкіе другъ къ другу, схожи съ bac. enteritidis Gärtner'a, bac. psittacosis, bac. morbificans bovis. Sion и Negel[3]) наблюдали домовую эпидемію паратифа изъ 5 случаевъ. Въ одномъ случаѣ, окончившемся смертью, изъ крови и внутреннихъ органовъ выращенъ подвижной микробъ, напоминающій собой паратифозную палочку типа В. Hünermann[4]) наблюдалъ эпидемію паратифа въ Saargrüken'ѣ среди мѣстнаго гарнизона, причемъ выдѣлена была изъ мочи и испражненій одного больного паратифозная палачка типа А. Kaiser[5]), Saito, Okazaki и Fujikawa[6]), Korte[7]), Бѣляевъ[8]), Flatau[9]), Conradi[10]), Shibayama[11]), Krapenpuhl[12]), Барыкинъ[13]) и нѣк. др. авторы сообщаютъ о паратифозныхъ заболѣваніяхъ типа А и В.

---

[1]) The americ. Journal of the medic. Sc. 1902, 976.
[2]) The americ. Journal of the medic. Sc. 1902, 187.
[3]) Centalb. f. Bacter Bd 32, №№ 7, 8, 9, 10, s. 481.
[4]) Zeitschr. f. Hyg. Bd. 40, 1902, S. 522.
[5]) Deutsch. med. Woch. 1903, № 18.
[6]) Centr. f. Bact 1903, Bd. 34, № 14/15, S. 438.
[7]) Zeitschr. f. Hyg. 1903, Bd. 44, 242.
[8]) Къ вопросу о серодіагнозѣ. Московск. диссертацц. 1904.
[9]) Münch. med. Woch. 1904, № 28.
[10]) Deutsch. med. Woch. 1904, № 32.
[11]) Centr. f. Bact. 1905, Bd. 38, Heft 5, S.497.
[12]) Münch. med. Woch. 1905, S. 1331.
[13]) Паратифозныя заболѣванія въ Маньчжуріи. С.-Петерб. диссертац. 1906.

Такимъ образомъ, работами вышеуказанныхъ авторовъ твердо установленъ фактъ существованія двухъ типовъ паратифозныхъ микробовъ: болѣе часто встрѣчающагося типа В и менѣе распространеннаго типа А. Уже a priori можно было предполагать, что этими двумя типами не исчерпывается все разнообразіе существующихъ въ природѣ видовъ паратифа. И дѣйствительно дальнѣйшія изслѣдованія тифозныхъ заболѣваній начинаютъ обогащать науку новыми подобными открытіями, о которыхъ мы скажемъ въ другомъ мѣстѣ.

Клиническая и патологоанатомическая картина паратифозныхъ заболѣваній типа А и В. По общему мнѣнію, паратифозныя заболѣванія клинически ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ истинныхъ тифозныхъ, такъ что клиническій діагнозъ ихъ пока невозможенъ. Д-ръ Барыкинъ [1]), наблюдавшій въ Маньчжуріи 86 случаевъ паратифоза, говоритъ въ своей диссертаціи слѣдующее.

1. Паратифозныя заболѣванія клинически протекаютъ главнымъ образомъ какъ легкіе абортивные и амбуляторные тифы.

2. Соотвѣтственно съ этимъ въ теченіе паратифовъ желудочно-кишечныя явленія занимаютъ одно изъ видныхъ мѣстъ.

3, Паратифозныя заболѣванія могутъ дать картину нормальнаго и тяжелаго брюшно-тифознаго симптомокомплекса, причемъ тяжесть паратифовъ обуславливается по преимуществу длительной, изнуряющей лихорадкой.

4. Всѣ осложненія, свойственныя брюшному тифу, свойственны и паратифознымъ инфекціямъ, но здѣсь они встрѣчаются рѣже и въ болѣе легкой степени.

5. Паратифозный микробъ типа В можетъ дать симптомокомплексъ дизентеріи.

6. Клиническій дифференціальный діагнозъ между заболѣваніями, вызванными отдѣльными представителями бактерій группы coli-typhus въ нѣкоторыхъ случаяхъ невозможенъ.

7. Дифференціація тифозно-кишечныхъ инфекцій должна быть основана исключительно на результатахъ бактеріологическаго изслѣдованія.

Однако, въ докладѣ микробіологическому съѣзду въ Берлинѣ въ 1906 г. Otto Lentz [2]) пытается установить клиническіе

---

[1]) L. C. стр. 101.
[2]) Beitväge zur Differentialdiagnose des Paratyphus. Centr. f. Bacteriol.

симптомы, которые позволили-бы, если не поставить точный діагнозъ паратифа, то сдѣлать болѣе или менѣе вѣроятное предположенье. Симптомы эти:

1. Неожиданное начало со рвотой и ознобомъ при поносѣ и быстромъ подъемѣ t^0. Herpes labialis часто.

2. Стулъ всегда вонючій, въ началѣ иногда слизистый, только позднѣе, и то рѣдко, пріобрѣтаетъ видъ, характерный для тифа, дѣлаясь похожимъ на гороховый супъ.

3. Температура атипична; continua едва намѣчена; иногда вечеромъ сильный потъ съ послѣдующимъ паденіемъ t^0.

4. Увеличеніе селезенки наблюдается рѣдно и то только въ теченіе нѣсколькихъ дней; побольшей части селезенка мала и тверда.

5. Розеолы или малы, на подобіе укусовъ блохъ (въ такихъ случаяхъ въ большомъ числѣ), или же большія, при чемъ бываютъ обыкновенно немногочисленными.

6. Разстройства со стороны самочувствія и нервныя явленія по большей части незначительны или проявляются только на короткое время.

Докладчикъ утверждаетъ, что, руководствуясь этими симптомами, онъ могъ нѣсколько разъ поставить діагнозъ паратифа у постели больного, подтвержденный затѣмъ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ.

Основываясь на собственныхъ наблюденіяхъ, которыя сдѣланы мною въ Маньчжуріи надъ 50 паратифозными больными, я долженъ замѣтить слѣдующее. Паратифозныя заболѣванія типа А, дѣйствительно, протекаютъ сравнительно легко, но не всегда; иногда наблюдалась картина нормальнаго или даже тяжелаго брюшного тифа. Въ общемъ намъ приходилось дифференцировать паратифъ А съ одной стороны съ инфлюенціей, а съ другой—съ брюшнымъ тифомъ. Паратифозныя заболѣванія типа В, по нашимъ наблюденіямъ, по крайней мѣрѣ въ Маньчжуріи имѣли чаще картину тяжелой инфекціи. По началу они напоминали иногда сыпной тифъ, по подозрѣнію на который врачи и препровождали больныхъ въ нашъ заразный госпиталь: острое, начало, рвота, сильная слабость, учащенный пульсъ, t^0 около 40^0, возбужденное состояніе, бредъ, отсутствіе метеоризма, запоръ, обиліе и распространенность сыпи, ея петехіальный характеръ. Затѣмъ, въ дальнѣйшемъ теченіи болѣе и болѣе выступало сход-

ство съ тяжелой формой брюшного тифа: затянувшаяся лихорадка, волнообразный характеръ температурной-кривой и т. д. Въ случаяхъ съ летальнымъ исходомъ смерть наступала при явленіяхъ слабости сердца отъ паралича послѣдняго.

На вскрытіяхъ въ большинствѣ случаевъ паратифа В мною наблюдалась картина чистаго сепсиса: дряблыя, жирноперерожденныя мышцы; жидкая, темная кровь; увеличенная, дряблая, легко разрывающаяся селезенка; увеличенное жирноперерожденное сердце; стѣнки его истончены и легко раздавливаются между пальцами; печень и почки въ состояніи жировой дегенераціи. Изъ крови, взятой изъ полости сердца, и изъ сока селезенки получалась чистая культура паратифознаго микроба типа В.

Въ двухъ другихъ случаяхъ паратифа того же типа я нашелъ на вскрытіяхъ картину септикопіэміи съ пораженіемъ лимфатическаго аппарата кишечника, свойственнымъ брюшному тифу: жировая дегенерація всѣхъ паренхиматозныхъ органовъ и мышцъ; жидкая темная кровь; набуханіе и изъязвленіе пейеровыхъ бляшекъ и солитарныхъ фолликулъ; увеличеніе селезенки и мезентеріальныхъ железъ; въ селезенкѣ, мезентеріальныхъ железахъ, печени и почкахъ—мелкіе гнойники. Въ крови и гноѣ—паратифозныя палочки типа В.

Другіе изслѣдователи на вскрытіи умершихъ отъ паратифа В находили подобную же патологоанатомическую картину. Такъ, Sion и Negel[1]) нашли септицэмію съ гнойными очагами во внутреннихъ органахъ; Langcope[2])—некротическія гнѣзда въ печени; Strong[3])—чистую септицэмію; Барыкинъ[4])—въ двухъ случаяхъ нашелъ септикопіэмію съ пораженіемъ Пейеровыхъ бляшекъ, солитарныхъ фолликулъ и брыжеечныхъ железъ.

При паратифахъ типа А на вскрытіяхъ въ одномъ случаѣ я наблюдалъ патологоанатомическія измѣненія, свойственныя брюшному тифу, съ характернымъ пораженіемъ лимфатическаго аппарата кишечника, съ тѣмъ лишь различіемъ, что изъ крови, селезенки и мезентеріальныхъ железъ получена была чистая культура не тифозной, а паратифозной палочки типа А. Въ другомъ-же случаѣ измѣненія со стороны кишечника отсутствовали,

---

[1]) Centralbl. f. Bacter. Bd. 32.

[2]) The americ. Jонrnal of the méd. Sc. 1902, стр. 209.

[3]) Bull. of the Iohns Hopkins Hosp. 1902, Vol. 13, Май.

[4]) Паратифозныя заболѣванія въ Манъчжуріи. С.-Пет. диссерс., стр. 103.

при чемъ патологоанатомическая картина представлялась въ слѣдующемъ видѣ. Zenker'овское перерожденіе мышцъ груди и живота. Ткань легкихъ, особенно въ нижнихъ доляхъ, застойно полнокровна. Сердце увеличено, дряблое, желтобураго цвѣта; мускулатура его истончена. Тонкія и толстыя кишки, кромѣ небольшой гипереміи, измѣненій не представляли. Мезентеріальныя и забрюшинныя железы не увеличены. Селезенка велика, полнокровна, темнокраснаго цвѣта. Посѣвы крови, взятой изъ полости сердца, и сока селезенки дали чистую культуру паратифозныхъ палочекъ типа А. Graig [1]) описываетъ подобную же патологоанатомическую картину при паратифѣ А, но только съ острымъ катарромъ тонкихъ кишекъ. Lucksch [2]) наблюдалъ на вскрытіи дизентерійное пораженіе толстыхъ кишекъ. Барыкинъ [3]) въ своей диссертаціи приводитъ одинъ случай аутопсіи умершаго отъ паратифа А; при этомъ обнаружены были слѣдующія патологоанатомическ я измѣненія: мозговидная инфильтрація Пейеровыхъ и солитарныхъ железъ ilei, ясно выраженная, по преимуществу, у Баугиніевой заслонки; отекъ и паренхиматозныя измѣненія печени, селезенки, почекъ, мезентеріальныхъ железъ; отекъ легкихъ; сѣрая гэпатизація нижней лѣвой доли; бурое и жирноперерожденное крайне растянутое сердце. Изъ крови сердца, селезенки, брыжеечныхъ железъ получена чистая культура паратифознаго микроба типа А.

Оцѣнивая данныя патологоанатомическаго вскрытія, мы невольно приходимъ къ тому же заключенію, которое вытекаетъ и изъ клиническихъ наблюденій, именно: при паратифахъ В на первый планъ выступаютъ общія септическія или септикопіэмическія явленія, при паратифахъ же типа А превалируетъ картина брюшного тифа, хотя при этомъ специфическія пораженія кишечника необязательны.

Теперь перейдемъ къ описанію морфологическихъ и біологическихъ свойствъ возбудителей паратифозныхъ заболѣваній.

По внѣшнему виду оба типа паратифозныхъ микробовъ напоминаютъ bact. coli commune. Это—короткія, толстыя палочки съ закругленными концами, длиной около $\frac{1}{2}$—3 μ., толщиной

[1]) The Dublin. Journal of medic. 1902, T. 114, стр. 241. Цит. по Барык.
[2]) Centralbl. f. Bact. 1903, Bd. 34, s. 113.
[3]) Стр. 104.

около $^{1}/_{2}$ μ. Въ висячей каплѣ можно наблюдать оживленныя движенія. Оба типа паратифозныхъ бациллъ подвижнѣе, чѣмъ тифозные микробы, и гораздо подвижнѣе bact. coli commune. Они имѣютъ капсулу и жгутики. Число жгутиковъ колеблется отъ 6—14; жгутики длинные и расположены по всей периферіи тѣла; напоминая собой жгутики у коккобацилла Eberth'а, они рѣзко отличаются отъ жгутиковъ у bac. coli commune, болѣе короткихъ и при томъ имѣющихся въ меньшемъ количествѣ (1—4).

Оба типа легко красятся всѣми анилиновыми красками при комнатной t^0. По способу Gram'а обезцвѣчиваются.

Размножаются путемъ дѣленія; споръ не образуютъ.

Растутъ на всѣхъ обычныхъ питательныхъ средахъ при условіяхъ аэробіоза и анэробіоза. Температурный optimum 37^0 Ц. При данной t^0 ростъ замѣтенъ уже черезъ 5—7 часовъ. При комнатной t^0 черезъ сутки ростъ также ясно замѣтенъ, хотя колоніи на пластинкахъ еще недостаточно развиты.

Въ бульонѣ эти микробы производятъ равномѣрное помутнѣніе болѣе интензивное, чѣмъ брюшнотифозныя палочки, и менѣе, чѣтъ bact. col. commune. Иногда на поверхности бульона образуется нѣжная ирризирующая пленка, а на днѣ пробирки при долгомъ стояніи—небольшой осадокъ, который при встряхиваніи пробирки распредѣлется опять равномѣрно. Реакціи на индолъ не получается даже послѣ 7-ми дневнаго роста при 37^0 Ц.

Желатину не разжижаютъ и не дѣлаютъ ее мутной. Глубокія колоніи на желатиновыхъ пластинкахъ представляются черезъ 1—2 сутокъ круглыми, ясно очерченными образованіями, слегка зернистыми и почти безцвѣтными. Поверхностныя колоніи имѣютъ видъ кругловатыхъ образованій, иногда съ неровными краями, впадинками и жилками. По уколу въ желатинѣ даютъ ростъ въ видѣ бѣловатаго тяжа, то болѣе, то менѣе плотнаго. По поверхности косо застывшей желатины растутъ бѣловатымъ штрихомъ съ прямыми краями. Bacillus paratyphosus B растетъ въ общемъ интензивнѣе, чѣмъ b. paratyphosus A. Ростъ на 2% агарѣ обоихъ типовъ паратифозныхъ микробовъ въ общемъ напоминаетъ такой же на желатинѣ, причемъ типъ A даетъ болѣе нѣжныя колоніи, чѣмъ типъ B.

Въ средахъ, содержащихъ виноградный сахаръ, оба типа паратифозныхъ микробовъ развиваютъ газъ.

Молоко оба типа паратифозныхъ палочекъ не свертываютъ; bac. paratyphi B просвѣтляетъ его.

Бактеріи группы coli-typhus.

Бактеріи группы

БАКТЕРІИ.	Подвижность.	Реакція на индолъ	Развитіе газа въ сахарныхъ средахъ.	Свертываніе молока.	Ростъ на картофелѣ.	Среда Conradi-Drigalski'aго.
Bact. coli commune	+	+	+	+	Бурый налетъ.	Крас.
B. coli anind. nostr.	+	—	+	+	Бурый налетъ.	Крас.
B. paracoli gasoform. . . .	+	—	+	+	Бурый налетъ	Крас.
B. coli anind. Lembke . . .	+	—	+	+	Бурый налетъ.	Крас.
B. enterit. Gärtner'a	+	—	+	+	Бурый налетъ.	Син.
B. paratyphi B	+	—	+	—	Бурый налетъ.	Син.
B. paratyphi A	+	—	+	—	Ростъ незамѣт.	Син.
B. typhi abdom	+	—	—	—	Ростъ незамѣт.	Син.
B. dysent. Shiga	—	—	—	—	Ростъ незамѣт.	Син.
B. pseudodys. Lentz'a № 2.		—	—	—	Ростъ незамѣт.	Син.
B. pseudodys. Lentz'a № 1.	+	—	—	—	Ростъ незамѣт.	Син.
B. pseudodys. Lentz'a Kruse III	+	—	—	—	Ростъ незамѣт.	Син.
B foecalis alcaligen. . . .	+	—	—	—	Бурый налетъ.	Син.

coli-typhus.

Среда Capaldi-Proscauer'a.	Среда Lentz'a.	Neutralrotagar.	Lacmusmolke Petruschky.	Среда Barsiekow'a № 2.	Среда Klopstock'a.
Син.	Красн.	Газъ; зеленая флуор.; обезцвѣч.	Кислота; муть.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Син.	Красн.	Газъ; зеленая флуор., обезцвѣч.	Кислота; муть.	Яркокрасн окраш. и полное осажд. казеина.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Син.	Красн.	Газъ; зеленая флуор.; обезцвѣч.	Кислота; муть.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Син.	Красн.	Газъ; зеленая флуор; обезцвѣч.	Кислота; муть	Яркокрасн. окраш. и полное осажд казеина.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Син.	Красн.	Газъ; зеленая флуор.; обезцвѣч.	Кислота; прозрач.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Син.	Красн.	Газъ; зеленая флуор; обезцвѣч.	Нейтр.; щелочь.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Красн.	Красн	Газъ; зеленая флуор.; обезцвѣч.	Кислота; прозрач.	Розовое окраш.	Яркокрасн. окраш. и полное осажд. казеина.
Красн.	Красн.	Не изм.	Кислота; прозрач.	Розовое окраш.	Розовое окраш.
Син.	Не изм.	Не изм.	Кислота; прозрач.	Розовое окраш.	Розовое окраш
Син.	Не изм.	Не изм.	Щелочь.	Розовое окраш.	Розовое окраш.
Син.	Не изм	Не изм.	Щелочь.	Розовое окраш.	Розовое окраш.
Син.	Красн.	Не изм.	Щелочь.	Синее.	Синее.
Син.	Красн.	Не изм.	Щелочь.	Синее.	Синее.

Ростъ на картофелѣ, сохранившемъ слабо кислую реакцію, у паратифознаго микроба типа А незамѣтенъ, какъ и у тифозной палочки. Типъ В, подобно кишечной палочкѣ, растетъ бурымъ налетомъ.

На средѣ Conradi-Drigalski'aго оба типа паратифозныхъ ростутъ въ видѣ синихъ прозрачныхъ колоній, не измѣняя среды.

Паратифозная палочка А, подобно брюшнотифозной, производитъ покраснѣніе среды Capaldi-Proscauer'a; паратифозная же типа В, какъ и кишечная палочка, не измѣняетъ этой среды.

Neutralrotagar оба типа паратифозныхъ палочекъ газируютъ и вызываютъ въ этой средѣ сначала зеленую флуоресценцію и подъ конецъ обезцвѣчиваютъ.

Нейтральная лакмусовая молочная сыворотка (среда Петрушки) пріобрѣтаетъ слабо разовую окраску подъ вліяніемъ роста въ ней паратифознаго микроба типа А, какъ и при bac. typhi abdom. Паратифозная же палочка типа В даетъ сначала въ этой средѣ нейтральную реакцію, а затѣмъ слабо щелочную. (Bact. coli commune энергично вырабатываетъ кислоту и вызываетъ красное окрашиваніе и помутнѣніе среды).

Въ средѣ Barsiekow'a № 2 паратифозная палочка типа А вызываетъ, подобно брюшнотифозной, розовое окрашиваніе безъ осажденія казеина. Паратифозная-же типа В, какъ и кишечная палочка, производитъ яркокрасное окрашиваніе среды и полное осажденіе казеина.

Въ средѣ Klopstock'a оба типа паратифозныхъ микробовъ растутъ подобно bact. coli commune, т. е. вызываютъ яркокрасное окрашиваніе среды съ полнымъ осажденіемъ казеина.

Такимъ образомъ, по своимъ морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ паратифозные микробы относятся къ бактеріямъ тифознокишечной группы. Напоминая на нѣкоторыхъ средахъ съ одной стороны тифозную палочку, съ другой—кишечную, они отличаются отъ тифозной палочки главнымъ образомъ способностью газировать среды съ виноградньмъ сахаромъ и вызвать зеленую флуоресценцію въ neutralrotager'ѣ; отъ кишечной—тѣмъ, что обладаютъ болѣе оживленнымъ движеніемъ, не свертываютъ молока, недаютъ реакціи на индолъ и не измѣняютъ среды Conradi-Drygalski'aго. При этомъ нужно замѣтить, что паратифозная палочка типа А по своимъ свойствамъ ближе

стоитъ къ тифозной: какъ та, такъ и другая растутъ на желатинѣ и агарѣ въ видѣ нѣжнаго бѣловатаго налета, производятъ покраснѣніе среды Capaldi-Proscauer'a, даютъ ростъ на картофелѣ незамѣтный для невооруженнаго глаза и вызываютъ розовое окрашиваніе среди Петрушки и Barsiekow'a № 2 безъ осажденія казеина. Паратифозная же палочка типа В имѣетъ больше сходства съ bact. coli commune: одинаково съ послѣдней производитъ посинѣніе среды Capaldi-Proscauer'a, растетъ въ видѣ бураго налета на картофелѣ и вызываетъ яркокрасное окрашиваніе съ полнымъ осажденіемъ казеина въ средѣ Barsiekow'a № 2. Труднѣе дифференцировать паратифознаго микроба типа В съ нѣкоторыми бактеріями, вызывающими такъ называемыя пищевыя отравленія, а также съ разновидностями кишечной палочки, названными Gilbert'омъ [1]) бактеріями paracoli. Если вы посмотрите на таблицу, то замѣтите, что bacillus paratyphosus В стоитъ рядомъ съ bac. enteritidis Gärtner'a, съ микробомъ мясного отравленія, и по своимъ свойствамъ напоминаетъ послѣдняго. Нѣкоторые авторы, какъ напр. Trautmann [2]), считаютъ ихъ тождественными, но ошибочно. Bac. enteritidis Gärtner'a, въ отличіе отъ bac. paratuphi B, свертываетъ молоко и производитъ розовое окрашиваніе среды Петрушки. Существенное же отличіе заключается въ отношеніи къ специфическимъ сывороткамъ, о чемъ будетъ рѣчь нѣсколько ниже. Тѣмъ-же самымъ отличаются отъ bac. paratyphi В и другіе очень похожіе по своимъ свойствамъ на bac. enteritidis Gärtner'a виды бациллъ пищевого отравленія: bac. Breslaviensis, выдѣленный и описанный v. Ermengheim'омъ и [3]) и Känsche [4]) въ двухъ эпидеміяхъ, обусловленныхъ употребленіемъ мяса; bac. Friedebergensis, выдѣленный Gaffky и Paak [5]) въ эпидеміи отравленія колбасой; bac. sui pestifer (b. Hog—cholera), заразное начало, обусловливающее среди свиней эпизоотіи съ большой смертностью и поражающее кишечный каналъ язвеннымъ катарромъ.

---

[1]) De la colibacillose, Sem. méd. 1895, № 1.
[2]) Zeitschr. f. Hyg. Bd. 66, s. 68, 1904.
[3]) Kolle und Wessermann. Handbuch der patogenen Mikroorganismen, 1902—1904, Jena, Bd. 2.
[4]) Zeitsch. f. Hyg. Bd. 22.
[5]) Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamte, Bd. 6.

Что же касается бациллъ paracoli, среди которыхъ Gilbert насчитываетъ 5 видовъ, то нужно сказать, что ни одинъ изъ этихъ видовъ не даетъ всей совокупности признаковъ, которыми характеризуются паратифозные микробы типа А и В. Все это заставляетъ насъ признать за паратифозными микробами самостоятельное положеніе среди бациллъ группы coli—typhus.

Это самостоятельное положеніе паратифозныхъ палочекъ типа А и В доказывается главнымъ образомъ серореакціей, т. е. отношеніемъ къ специфическимъ сывороткамъ. Паратифозные микробы въ общемъ агглютинируются только сывороткой, полученной отъ паратифозныхъ больныхъ. При этомъ, паратифозная палочка типа А даетъ реакцію на агглютинацію съ сывороткой отъ паратифозныхъ больныхъ типа А, паратифозная типа В—съ сывороткой отъ паратифозныхъ типа В.

Сыворотка же страдающихъ другими болѣзнями, напр. тифомъ или дизентеріей, агглютинирующая тифозную или дизентерійную палочку, почти не оказываетъ на паратифозныя палочки никакого вліянія. Въ свою очередь сыворотка паратифозныхъ больныхъ оставляетъ почти безъ измѣненія тифозныя и дизентерійныя палочки. Точно также сыворотка животныхъ, иммунизированныхъ паратифознымъ микробомъ типа А или В, агглютинируетъ только палочку типа А или В, не оказывая почти никакого вліянія на другіе виды микробовъ группы coli—typhus. Съ другой стороны, сыворотка животныхъ, иммунизированныхъ другими представителями группы coli—typhys, агглютинируя только эти послѣднія, не измѣняетъ паратифозныхъ микробовъ.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть объ одномъ явленіи, которое было подмѣчено при изученіи паратифозныхъ заболѣваній, и которое Korte [1]) называетъ Mitagglutination (соагглютинація), а другіе изслѣдователи—групповой агглютинаціей. Дѣло въ слѣдующемъ. Нерѣдко можно наблюдать, что сыворотка паратифознаго больного, склеивая паратифознаго микроба, скажемъ, при разведеніи 1 : 200, 1 : 300, 1 : 500 и т. д.,—въ тоже время агглютинируетъ коккобацилла Eberth'а при разведеніи 1 : 40, иногда 1 : 50. Съ другой стороны можно наблюдать и такое явленіе: сыворотка тифозного больного, агглютинируя тифознаго микроба при разведеніи 1 : 100, 1 : 200,—въ тоже время даетъ неполную реакцію

[1]) Zeitschr. f. Hyg. Bd. 44, 1903, S. 242.

и съ паратифозными палочками при разведеніи 1 : 50. Но, въ виду такой разницы въ степени агглютинаціи гетерологической и гомологической, эта групповая агглютинація не говоритъ противъ самостоятельности паратифозныхъ микробовъ въ ряду бациллъ группы coli—typhus, а указываетъ только на нѣкоторое взаимное родство представителей этой группы.

Послѣ описанія характерныхъ свойствъ паратифозныхъ микробовъ типа А и В, я позволю себѣ остановиться на діагностикѣ паратифозныхъ заболѣваній. Въ настоящее время діагнозъ паратифа можно поставить только на основаніи бактеріологическаго изслѣдованія. Бактеріологическое распознованіе паратифовъ основывается на обнаруженіи специфическихъ свойствъ кровяной сыворотки изслѣдуемаго больного или серореакціи и, главнымъ образомъ, на полученіи паратифозныхъ культуръ. Реакцію на агглютинацію производятъ такъ. Приготовляютъ 6—12 часовую бульонную разводку тифозной и паратифозныхъ палочекъ А и В. Затѣмъ, на каждая 59—69—99—199 и болѣе капель разводокъ прибавляютъ по одной каплѣ сыворотки крови изслѣдуемаго больного, полученной изъ укола въ мякоть пальца. Если въ теченіе 1 часа получается агглютинація только съ паратифозной палочкой типа А или В, то, вѣроятно, мы имѣемъ въ данномъ случаѣ паратифъ, и тѣмъ болѣе вѣроятно, чѣмъ при болѣе высокихъ степеняхъ разведенія получается агглютинація. Иногда наблюдается упомянутая выше групповая реакція, т. е. агглютинація съ тифозной и паратифозными палочками. Въ такомъ случаѣ нужно обращать вниманіе на разницу въ степени агглютинаціи. Если, скажемъ для примѣра, съ тифозной палочкой и паратифозной типа А происходитъ неполная агглютинація при разведеніи 1 : 50, а съ паратифозной В—рѣзкая агглютинація при разведеніи 1 : 300,—то очень вѣроятно мы имѣемъ дѣло съ паратифомъ В. Но, рѣшающее значеніе при постановкѣ діагноза паратифа имѣетъ полученіе паратифозныхъ культуръ. Культуры получаются изъ крови, испражненій и мочи больного.

Самые точные результаты даетъ изслѣдованіе крови, въ которой паратифозные микробы наблюдаются въ первые дни заболѣванія. Кровь изслѣдуется на паратифозные микробы слѣдующимъ образомъ. Дѣло начинается съ подготовительныхъ разводокъ (Uorkultur), которыя производятся разными способами.

1. Берутъ у больного 1 к. с. крови изъ какого нибудь поверхностнаго венознаго сосуда въ области локтевого сгиба и тотчасъ же сѣютъ ее въ колбочки съ бульономъ (по 150—200 к. с. въ каждой). Путемъ возможно большаго разведенія крови въ бульонѣ стараются парализовать бактерицидныя и аглютинирующія свойства сыворотки, въ первомъ случаѣ грозящія полной неудачей, во второмъ—сильно замедляющія ростъ культуры, обыкновенно добытой въ чистомъ видѣ. Это—способъ Schöttmüller'a.

2. По своимъ результатамъ заслуживаетъ предпочтенія другой методъ, впервые рекомендованный въ 1904 году Conradi и, затѣмъ, видоизмѣненный Kayser'омъ [1]). Онъ стоитъ въ слѣдующемъ. Къ 5 к. с. стерильной бычачьей желчи, къ которой прибавлено 10% пептона (для увеличенія питательныхъ свойствъ среды) и 10% глицерина (глицеринъ препятствуетъ росту сапрофитовъ, попадающихъ въ видѣ случайнаго загрязненія), приливается 2, 5 к. с. крови, взятой изъ вены больного въ области локтевого сгиба. Пробирка со смѣсью ставится въ термостатъ при 37°Ц на 14—20 часовъ. При этомъ самыя незначительныя количества бациллъ въ крови быстро размножаются.

3. Хотя венная пункція безопасна и малоболѣзненна, но иногда можно все таки встрѣтить противодѣйствіе со стороны больныхъ. Въ такихъ случаяхъ можно рекомендовать чрезвычайно простой и практичный способъ полученія Vorkultur. Изъ пальца или ушной мочки набираютъ въ стеклянную трубку количество крови, обычно употребляющееся для производства реакціи Vidal'я. Трубку съ кровью можно отправлять въ спеціальную лабораторію. Здѣсь послѣ того, какъ кровь свернулась, сыворотку испытываютъ на агглютинацію, а сгустокъ [2]) сѣютъ въ желчь, къ которой прибавлено 10% пептона и 10% глицерина.

Получивъ изъ крови однимъ изъ этихъ способовъ подготовительную разводку микробовъ, перевиваютъ ихъ далѣе на обыкновенныя питательныя среды для обнаруженія характерныхъ свойствъ, присущихъ паратифознымъ палочкамъ.

Такъ какъ въ легкихъ случаяхъ паратифа паратифозные микробы исчезаютъ изъ крови уже на 2-й недѣлѣ заболѣванія, то

[1]) Zur Frühdiagnose und Bacteriologie des Typhus sowi Paratyphus. Centralblatt f. Bacteriologie, 1906, B. XLII, II.

[2]) При свертываніи крови паратифозныя палочки переходятъ въ сгустокъ и здѣсь остаются пощаженными отъ вреднаго вліянія бактерицидныхъ свойствъ сыворотки.

для постановки діагноза въ это время необходимо подвергать бактеріологическому изслѣдованію испражненія и мочу больного. Испражненія обычно собираются въ небольшую стерильную банку и повозможности тотчасъ же подвергаются изслѣдованію.

1. Комочекъ слизи размѣшивается въ стерильномъ физіологическомъ растворѣ поваренной соли. Небольшая часть полученной эмульсіи растирается стерильнымъ ватнымъ шарикомъ по поверхности среды Conradi—Drygalski'аго, разлитой въ 2—3 чашкахъ Petri. Обыкновенно черезъ сутки при T° 37° Ц. въ послѣдней чашкѣ можно найти изолированно лежащія синія колоніи, прозрачныя, круглой формы почти вдвое меньше колоній кишечной палочки, окрашенныхъ при томъ въ красноватый цвѣтъ и вызывающихъ покраснѣніе среды.

2. Вмѣсто среды Conradi—Drygalski'аго лучше пользоваться агаромъ, предложеннымъ въ послѣднее время Падлевскимъ[1]). Способъ приготовленія этого агара слѣдующій. Къ 3% мясному агару съ 2% пептона, слабо щелочной реакціи (по лакмусу), прибавляютъ 1% химически чистаго молочнаго сахара и 3% натуральной бычачьей желчи, предварительно прокипяченной и профильтрованной. Агаръ разливаютъ по 100 к. с. въ колбочки и въ теченіе 3-хъ дней обеззараживаютъ по 1/2 часу въ текуче-паровомъ аппаратѣ. 2) Приготовляютъ: а) 1%-ный водный растворъ кристаллической химически чистой зелени (Malachitgrün-Zinkdoppelsalzkristalle); б) 10%-ный водный растворъ сѣрнистокислаго натрія ($Na_2 SO_3$). На каждые 100 к. с. растопленнаго и охлажденнаго до 60—65° Ц. агара прибавляютъ слѣдующей смѣси: 0,5 к. с. раствора а, 0,5 к. с. бычачьей желчи и 1,0 к. с. раствора б, смѣсь должна быть слабо-зеленаго цвѣта и прозрачная. Разливать агаръ по чашкамъ Petri полезно не очень тонкимъ слоемъ (около 3 мм.). Чашки оставляются открытыми, пока онѣ незастынутъ, а затѣмъ, повернувъ вверхъ дномъ, сушатъ ихъ мин. 10—15 въ термостатѣ. Этотъ агаръ, застывъ, долженъ быть прозрачнымъ, обыкновеннаго желтоватаго цвѣта, безъ зеленаго оттѣнка. Агаръ по прибавленіи обезцвѣченной малахитовой зелени не слѣдуетъ подвергать обезпложиванію. Ра-

---

[1]) Л. В. Падлевскій. О новомъ способѣ примѣненія малахитовой зелени (Malachitgrün) для выдѣленія палочекъ тифозной группы. Русскій врачъ, 1908 г., № 12. стр. 404.

створъ сѣрнисто-кислаго натрія, а также и смѣсь его съ краской надо готовить ex tempore. Растворъ малахитовой зелени не слѣдуетъ хранить дольше недѣли. По прибавленіи желчи и сахара необходимо провѣрить реакцію агара, которая должна быть слабо щелочной. Испражненія больного засѣваются на эту среду точно также, какъ и на среду Conradi—Drygalski'аго. Черезъ 16—20 часовъ при 37° Ц. наблюдается пышный ростъ паратифозныхъ палочекъ въ видѣ красивыхъ желтовато-золотистыхъ прозрачныхъ колоній. Колоніи же кишечной палочки окрашиваются въ зеленый цвѣтъ безъ измѣненія самой среды, такъ какъ кишечная палочка, разлагая молочный сахаръ, образуетъ кислоту, которая окисляетъ возстановленное сѣрнисто-кислымъ натріемъ безцвѣтное основаніе малахитовой зелени и тѣмъ самымъ вызываетъ появленіе зеленаго окрашиванія, свойственнаго окисленной малахитовой зелени.

Полученныя на средѣ Conradi-Drygalski'аго синія колоніи или на средѣ Падлевскаго желтовато-золотистыя прозрачныя колоніи изслѣдуются, далѣе, на подвижность въ висячей каплѣ и перевиваются въ пробирки съ сахарнымъ агаромъ. Газирующіе сахаръ микробы изслѣдуются въ дальнѣйшемъ на другихъ цвѣтныхъ средахъ, на картофелѣ, молокѣ, бульонѣ и т. д. Опредѣляется ихъ способность къ индоловой реакціи, отношеніе къ Gram'у, и, въ качествѣ провѣрки, производится реакція на агглютинацію съ сывороткой даннаго больного, а также съ сывороткой, полученной отъ паратифознаго больного.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда испражненія больного очень бѣдны паратифозными микробами, бактеріологическое изслѣдованіе начинается съ подготовительныхъ культуръ, которыя производятся при помощи жидкой среды Hoffmann'а и Ficker'а. Составъ ея: къ обыкновенному лабораторному бульону прибавляютъ 1% нутрозы, 0,5% коффеина и 1% свѣже приготовленнаго раствора 0,1:200,0 Krystallviolett Höchst.

Среда разливается въ пробирки и стерилизуется. При изслѣдованіи берутъ 2—3 пробирки и въ каждую вносятъ по комочку слизи изъ испражненій больного, ставятъ пробирки въ термостатъ при 37° Ц. на 12 часовъ. Въ этой средѣ паратифозныя палочки, какъ и тифозные микробы, развиваются преимущественно предъ другими бактеріями, такъ какъ росту кишечныхъ палочекъ препятствуетъ коффеинъ, а росту другихъ микробовъ

Krystallviolett. Развившіяся бактеріи отсюда перевиваются обычнымъ порядкомъ или на лакмусовый агаръ, или на среду Падлевскаго.

По нашимъ наблюденіямъ лучшіе результаты получаются, если къ этой жидкой средѣ прибавить немного бычачьей желчи, предварительно прокипяченной и профильтрованной, а коффеинъ и Krystallviolett замѣнить малахитовой зеленью. Малахитовая жидкая среда въ настоящее время можетъ считаться самой пригодной для предварительнаго размноженія паратифозныхъ палочекъ, такъ какъ онѣ ростутъ въ этой средѣ при такихъ концентраціяхъ малахитовой зелени, когда ростъ не только кишечныхъ, но и тифозныхъ палочекъ совершенно подавляется.

Одновременно съ испражненіями, обычно, подвергается бактеріологическому изслѣдованію и моча больного, особенно въ болѣе позднихъ стадіяхъ заболѣванія, когда паратифозные микробы, подобно тифознымъ при брюшномъ тифѣ, могутъ выдѣляться мочей въ огромныхъ количествахъ. Моча больного при помощи стерильнаго катетера собирается въ стерильныя трубки, наполненныя до половины бульономъ (20,0—30,0 к. с.); трубки ставятся въ термостатъ при t^0 37^0 Ц. Черезъ 5—7 часовъ въ бульонѣ наблюдается равномѣрное помутнѣніе. Въ случаѣ загрязненія бульонная разводка перевивается или на среду Conradi-Drygalski'аго или на среду Падлевскаго. Дальнѣйшія манипуляціи тѣ же, что и при посѣвахъ испражненій.

Въ заключеніе нужно сказать, что бактеріологическое изслѣдованіе испражненій и мочи у паратифозныхъ больныхъ важно не столько въ цѣляхъ діагноза даннаго заболѣванія, сколько съ эпидеміологической и гигіенической точки зрѣнія. Дѣло въ слѣдующемъ. Судя по имѣющимся сообщеніямъ, паратифозныя палочки распространены вездѣ, гдѣ встрѣчается тифъ, и, сопутствуя послѣднему, вызываютъ то отдѣльныя спорадическія заболѣванія, то являются причиной цѣлыхъ эпидемій. На ряду съ бациллами Eberth'а ими обусловливается, такимъ образомъ, распространеніе паратифозной инфекціи, и въ смыслѣ борьбы съ тифомъ онѣ заслуживаютъ полнаго вниманія. Такъ какъ наблюденія и изслѣдованія указываютъ на полнѣйшее тождество тѣхъ способовъ, которыми паратифозная и тифозная зараза проникаетъ въ человѣческій организмъ, и путей, какими эта зараза организмъ человѣка оставляетъ,—то съ эпидеміологической точки зрѣнія

все то, что относится къ тифу, въ одинаковой степени имѣетъ значеніе и для паратифа. А на основаніи новыхъ данныхъ эпидеміологіи брюшного тифа твердо установлено, что въ распространеніи тифа главнѣйшую роль играетъ всякій заболѣвшій имъ, или перенесшій уже его и въ теченіе долгаго времени спустя послѣ выздоровленія и даже, повидимому, неболѣвшій имъ, но приходившій въ прямое или косвенное соприкосновеніе съ тифозными больными. Всѣ эти „носители тифозныхъ бациллъ" долгое время выдѣляютъ тифозныя палочки и служатъ такимъ образомъ главнѣйшими источниками для новыхъ заболѣваній. То же самое нужно сказать относительно выздоравливающихъ и выздоровѣвшихъ отъ паратифа, которые, благодаря задержкѣ въ своемъ тѣлѣ паратифозныхъ микробовъ, являются хроническими носителями заразы. Поэтому никакая борьба съ тифомъ и паратифомъ невозможна безъ предпринимаемыхъ въ большихъ размѣрахъ бактеріологическихъ изслѣдованій мочи и испражненій. Въ настоящее время нельзя довольствоваться при опредѣленіи момента полнаго выздоровленія послѣ тифа и паратифа лишь клинической картиной возстановленія потерянныхъ силъ и нормальныхъ отправленій организма. Безусловно необходимо еще доказать, что бывшій больной пересталъ уже выдѣлять со своими изверженіями заразу, т. е. необходимо въ цѣляхъ охраненія общественнаго здоровья опредѣлить еще и моментъ такъ называемаго „бактеріологическаго выздоровленія" даннаго больного. А это можно сдѣлать только путемъ тщательнаго бактеріологическаго изслѣдованія мочи и испражненій „носителей бактерій". Вотъ почему на человѣческія изверженія обращено теперь огромное вниманіе бактеріологовъ и гигіенистовъ. Въ Германіи спеціально для этого учреждены особыя лабораторіи, которыя и изслѣдуютъ въ огромномъ числѣ присылаемыя отовсюду врачами пробы испражненій и мочи отъ тифозныхъ и паратифозныхъ больныхъ.

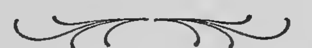
Изъ физiологической лабораторiи проф. А. А. Кулябко въ гор. Томскѣ.

КЪ ВОПРОСУ
О ФИЗIОЛОГИЧЕСКОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ МОЧЕТОЧНИКОВЪ.

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНIЕ).

—

Н. Березнеговскiй.



ТОМСКЪ.
Типо-Литографiя Сибирскаго Т-ва Печатнаго Дѣла, уголъ Дворянск. ул. и Ямск. пер., с. д.
1908.

Печатано по постановленію Совѣта Императорскаго Томскаго Университета.
Редакторъ, проф. *Ф. Крюгеръ*.

КЪ ВОПРОСУ
о физіологической дѣятельности мочеточниковъ.

Изъ физіологической лабораторіи проф. А. А. Кулябко въ г. Томскѣ.

(*Предварительное сообщеніе*).

Н. Березнеговскій.

Занимаясь изученіемъ вопроса о пересадкѣ мочеточниковъ въ кишку, мы обратили особое вниманіе на предполагаемое разстройство физіологической дѣятельности мочеточника послѣ этой операціи вслѣдствіе нарушенія иннерваціи его нижняго отдѣла. Съ этою цѣлью нами предпринято было изслѣдованіе дѣятельности мочеточниковъ при различныхъ условіяхъ на животныхъ. Между прочимъ мы имѣли случай зарегистрировать при помощи пишущихъ аппаратовъ дѣятельность мочеточниковъ у одной женщины, страдавшей обширнымъ пузырно-влагалищнымъ свищомъ, и сопоставить полученные на ней результаты съ тѣмъ, что наблюдалось въ опытахъ на животныхъ. Графическіе же способы изслѣдованія вообще мало примѣнялись до сихъ поръ при изученіи дѣятельности мочеточниковъ. Большинство авторовъ, работавшихъ по этому вопросу (*Engelmann*, *Протопоповъ*), довольствовались наблюденіемъ на глазъ. Авторы-же, примѣнявшіе пишущіе аппараты (*Fagge*), получали въ высшей степени нехарактерныя кривыя.

Постановка нашихъ опытовъ была слѣдующая: черезъ отверстіе мочеточника въ мочевомъ пузырѣ вводился эластическій французскій катетръ съ отверстіемъ на концѣ. Кривая сокращенія записывалась при помощи маленькаго ртутнаго манометра, снабженнаго легкимъ поплавкомъ со стеклляннымъ перышкомъ. Въ промежуточномъ отдѣлѣ была вставлена ⊤ образная стеклянная трубка, на одинъ конецъ которой надѣвалась отводная резиновая трубка съ зажимомъ. Для мочеточника создавались такимъ образомъ приблизительно тѣ-же условія, какія существуютъ въ организмѣ при наполненномъ мочевомъ пузырѣ: оттокъ мочи по

мочеточнику былъ затрудненъ, но не прекращенъ совершенно Время отъ времени отводную трубку открывали, давленіе падало до О, и затѣмъ послѣ нѣкотораго промежутка времени запись возобновлялась при прежнихъ условіяхъ.

При изученіи полученныхъ кривыхъ можно дать такую картину нормальнаго сокращенія мочеточника. Кривая каждаго одиночнаго сокращенія мочеточника состоитъ изъ восходящей и нисходящей части. Восходящая часть, соотвѣтствующая систолѣ мочеточника, обыкновенно идетъ болѣе круто, а при медленномъ движеніи барабана (около 2 mm. въ 1 секунду) поднимается почти вертикально. Нисходящая часть, соотвѣтствующая діастолѣ—разслабленію мочеточника, образуетъ болѣе пологую линію. На восходящей и нисходящей части кривой сокращенія мочеточника никакихъ побочныхъ колебаній не замѣтно. Измѣряя кривыя, можно убѣдиться, что систола мочеточника въ среднемъ въ два раза короче діастолы. На систолическую часть кривой приходится приблизительно $^1/_3$, на діастолическую часть $^2/_3$ того времени, которое затрачивается на каждое сокращеніе мочеточника. См. кривыя № 1—3.

Средняя продолжительность нормальнаго сокращенія мочеточника равна приблизительно 3 секундамъ, но она измѣняется въ зависимости отъ разнообразныхъ условій и на приводимыхъ кривыхъ колеблется отъ 1,5 до 4,5 секунды.

Переходя теперь къ ритму сокращеній мочеточника, мы можемъ отличить ритмъ правильный и неправильный. При правильномъ ритмѣ въ однихъ случаяхъ наблюдается, что послѣ каждаго сокращенія и разслабленія мочеточника непосредственно слѣдуетъ новое сокращеніе, такъ что между сокращеніями мочеточника паузы нѣтъ. См. кривую № 3.

Въ другихъ случаяхъ послѣ каждаго сокращенія и разслабленія мочеточника слѣдуетъ пауза. Продолжительность паузы колеблется въ широкихъ предѣлахъ, и на приводимыхъ кривыхъ № 1 и 2 она равняется 1—6 секундамъ.

При примѣняемой въ нашихъ опытахъ системѣ записыванія при помощи ртутнаго манометра высота кривой, получаемой при сокращеніи мочеточника, прямо указываетъ величину давленія, которому подвергалась жидкость въ его просвѣтѣ: давленіе это равняется удвоенной высотѣ кривой. Въ количественномъ отношеніи эта величина сильно измѣняется въ зависимости отъ

многихъ условій (величина животнаго, степень питанія и проч.). На приводимыхъ кривыхъ средняя высота сокращенія равна $13^1/_2$ и $11^1/_2$ mm., слѣдовательно наростаніе давленія во время сокращенія мочеточника равнялось 27 и 23 mm. ртутнаго столба. Указанныя цифры получались въ томъ случаѣ, когда мы высчитывали высоту волны по отношенію къ положенію манометра во время паузы. Она указываетъ собственно на наростаніе давленія во время сокращенія мочеточника. Если же мы сравнимъ линію во время паузы съ линіей при нулѣ давленія (при открытомъ кранѣ на отводящей трубкѣ), то оказывается, что и во время паузы мочеточникъ находится въ состояніи тоническаго сокращенія, подъ вліяніемъ котораго, а также и подъ вліяніемъ секреторнаго давленія жидкость поступаетъ изъ почекъ. Въ нашихъ опытахъ на животныхъ это давленіе равнялось отъ $^1/_2$ до 6 mm. ртутнаго столба. Въ наблюденіи надъ женщиной на правой сторонѣ оно равно 27 mm. и на лѣвой 21 mm. ртутнаго столба. По отношенію къ этой нулевой точкѣ величина давленія во время сокращенія мочеточника будетъ больше наростанія давленія на величину тоническаго сокращенія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ небольшой сравнительно промежутокъ времени мочеточникъ даетъ нѣсколько чрезвычайно энергичныхъ сокращеній, совершенно нормальныхъ по формѣ своей кривой. Напр., на рис. № 4 имѣются 4 гигантскихъ волны высотой бъ $35-35^1/_2$ mm. Слѣдовательно повышеніе давленія въ мочеточникѣ во время сокращенія равнялось 70—71 mm. ртутнаго столба.

Желая опредѣлить давленіе въ различныхъ участкахъ мочеточника, мы передвигали катетръ въ мочеточникѣ по направленію къ почкѣ. Получалось такое общее впечатлѣніе, что чѣмъ ближе лежитъ участокъ мочеточника къ почкѣ, тѣмъ слабѣе развиваемое здѣсь давленіе во время сокращенія. Наиболѣе высокія волны даетъ нижній участокъ мочеточника. Это вполнѣ достаточно объясняется гистологическимъ строеніемъ мочеточника, такъ какъ стѣнка его въ нижнемъ отдѣлѣ обладаетъ болѣе мощной мышечной массой, чѣмъ въ верхнемъ. Кромѣ того длина мочеточника будетъ тѣмъ больше, чѣмъ ниже лежитъ изучаемый участокъ.

При растяженіи и утомленіи мочеточника характеръ его дѣятельности измѣняется, пріобрѣтаетъ неправильный ритмъ.

Прежде и чаще всего наблюдаются дикротическія сокращенія. Они состоятъ въ томъ, что на той или другой части кривой начинаетъ появляться небольшое добавочное колебаніе. Въ однихъ случаяхъ это добавочное колебаніе въ извѣстный промежутокъ времени остается безъ измѣненій, въ другихъ же случаяхъ оно начинаетъ отдѣляться отъ главной и пріобрѣтать характеръ самостоятельной волны. При дикротической волнѣ давленіе между двумя сокращеніями, составляющими ее, никогда не падаетъ до уровня, на которомъ оно стоитъ во время паузы.

Въ однихъ случаяхъ добавочная волна распологается на восходящей части. Это указываетъ на то, что новое возбужденіе происходитъ во время сокращенія мочеточника; результатомъ этого получается новое сокращеніе, кривая котораго наслаивается на восходящую часть кривой. Происходитъ суммированіе сокращеній. Примѣромъ сказаннаго можетъ служить кривая № 5, заимствованная изъ опыта на женщинѣ, страдавшей обширнымъ пузырно-влагалищнымъ свищомъ. Здѣсь ясно видно, что съ появленіемъ дикротическихъ волнъ давленіе во время сокращеній возрастаетъ.

Въ другихъ случаяхъ добавочная волна распологается на нисходящей части кривой. Это указываетъ на то, что новое возбужденіе послѣдовало во время діастолы и, вслѣдствіе этого второе сокращеніе наслаивается на нисходящей части кривой. Какъ видно изъ кривой № 6, здѣсь волны отличаются бо́льшею равномѣрностью и сохраняютъ приблизительно одну высоту.

Дикротическія сокращенія могутъ быть разсматриваемы, какъ одна изъ формъ того разстройства ритма, которое извѣстно подъ именемъ образованія группъ. Это явленіе очень распространенно, и мы встрѣчаемся съ нимъ при изученіи ритмической дѣятельности различныхъ органовъ. Способъ образованія группъ при сокращеніяхъ мочеточника различенъ.

Иногда слѣдуютъ кряду нѣсколько сокращеній (4—6), они расположены близко одно къ другому, но между собой не сливаются. Каждая кривая является почти вполнѣ правильно развитой. Между ними давленіе падаетъ до того же уровня, на которомъ оно стоитъ и во время паузы. За группой такихъ сокращеній слѣдуетъ періодъ покоя. Примѣръ образованія такихъ группъ мы видимъ на кривой № 7. Характерно, что въ нѣкоторыхъ, группахъ высота сокращеній сначала наростаетъ, затѣмъ по-

степенно падаетъ. Такое наростаніе носитъ характеръ почти правильнаго волнообразнаго подъема и паденія.

Порой сокращенія данной группы стоятъ такъ близко одно къ другому, что основанія ихъ сливаются. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ сліяніе сокращеній бываетъ настолько полнымъ, что получается одинъ общій подъемъ съ зубчатымъ гребнемъ, указывающимъ на суммированіе отдѣльныхъ сокращеній. Большею частью на одной кривой видны различныя стадіи сліянія. Для поясненія сказаннаго приводимъ кривую № 8.

Большую роль въ образованіи группъ играютъ дикротическія волны, которыя представляютъ собой по существу группу изъ 2-хъ сокращеній. На рис. № 9 можно видѣть, какъ путемъ вставленія добавочныхъ сокращеній и сліянія дикротическихъ волнъ получаются большія группы сокращеній.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появляются и другія болѣе рѣзкія разстройства ритма въ дѣятельности мочеточника, выражающіяся въ неодинаковой высотѣ сокращеній, неправильности ихъ чередованія и различной продолжительности. Каждая кривая сокращенія можетъ быть построена правильно; но если сравнить нѣсколько кривыхъ, стоящихъ рядомъ, то бросается въ глаза разница въ высотѣ сокращеній. За сокращеніемъ въ 37 mm. ртут. столба слѣдуетъ второе въ 15 mm. Hg, далѣе съ 43 mm. давленіе падаетъ до 4 и 9 mm. ртутнаго столба.

Наконецъ, въ нѣкоторыхъ опытахъ на вершинѣ сокращеній мочеточника появлялось „плато“. Восходящая часть кривой сокращенія поднимается круто вверхъ и держится нѣкоторое время на этомъ уровнѣ; нисходящая-же часть опускается очень полого. Кромѣ того, иногда впереди плато замѣчается небольшой зубчикъ. Въ однихъ случаяхъ сокращенія съ плато слѣдуютъ непосредственно одно за другимъ, въ другихъ они раздѣлены паузами. Для примѣра приведемъ кривую № 11.

Замѣтить какую-либо правильность въ чередованіи періодовъ покоя и дѣятельности намъ не удавалось. Можно лишь сказать, что мочеточникъ не работаетъ постоянно и непрерывно, а дѣлаетъ болѣе или менѣе продолжительныя паузы. При повышенной секреторной дѣятельности почекъ послѣ введенія въ кровь мочегонныхъ растворовъ періоды дѣятельности мочеточниковъ удлинняются.

Чрезвычайно интересныя данныя получены нами при одновременной регистраціи дѣятельности обоихъ мочеточниковъ.

Постановка опытовъ была совершенно та же, что и при изученіи дѣятельности одного мочеточника. Въ оба мочеточника вводились катетры, соединенные съ монометрами. Оба пера писали на одномъ барабанѣ; при томъ конецъ одного пера стоялъ какъ разъ надъ другимъ, такъ что при опусканіи и поднятіи барабана они писали одну совпадающую вертикальную линію.

Никакого правильнаго чередованія въ дѣятельности обоихъ мочеточниковъ ни при наблюденіи на людяхъ, ни въ опытахъ на собакахъ намъ подмѣтить не удавалось. Въ одномъ и томъ-же опытѣ можно видѣть всѣ комбинаціи: или оба мочеточника бездѣйствуютъ, или оба мочеточника работаютъ одновременно, или, наконецъ, одинъ мочеточникъ работаетъ въ то время, какъ другой находится въ состояніи покоя.

Сравнивая сокращенія мочеточниковъ, работающихъ одновременно, прежде всего необходимо отмѣтить, что высота ихъ сокращеній никогда не бываетъ одинакова. Равныхъ по силѣ сокращеній мочеточниковъ намъ до сихъ поръ ниразу не приходилось наблюдать ни на людяхъ, ни въ опытахъ на животныхъ. Напр., на кривой № 12 давленіе во время сокращеній праваго мочеточника колеблется между 9 и 14 mm. ртутнаго столба, тогда какъ давленіе въ лѣвомъ мочеточникѣ равно 2—3 mm.

При регистраціи дѣятельности обоихъ мочеточниковъ видно, что ихъ сокращенія не происходятъ одновременно; поэтому вершины кривыхъ сокращеній мочеточниковъ въ большинствѣ случаевъ не лежатъ на одной вертикальной линіи. При томъ и количество сокращеній, которое каждый мочеточникъ производитъ въ единицу времени, неодинаково; одинъ мочеточникъ даетъ бо́льшее количество сокращеній, другой—меньшее (крив. № 5, 6, 9 и 12).

Изъ условій, усиливающихъ дѣятельность мочеточниковъ, помимо мочегонныхъ средствъ (усиливающихъ собственно отдѣленіе жидкости почками) нужно отмѣтить еще *асфиксію*. Послѣ закрытія трахеи черезъ 35—45 секундъ мочеточники, ранѣе находившіеся въ состояніи покоя, начинаютъ сокращаться. Волны быстро возростаютъ и принимаютъ неправильно дикротическій харатеръ. Возбуждающее дѣйствіе асфиксіи, какъ то видно изъ кривой № 13, распространяется заразъ на оба мочеточника.

Необходимо различать волны, получающіяся въ зависимости отъ сокращеній мочеточника, о чемъ до сихъ поръ была рѣчь,

и тѣ подъемы кривой, которые зависятъ отъ секреторнаго давленія въ почкахъ*). Моча въ почкахъ выдѣляется подъ извѣстнымъ давленіемъ. Если имѣется какое-либо сопротивленіе для удаленія мочи, то почечныя клѣтки продолжаютъ работать, пока давленіе не достигнетъ извѣстнаго предѣла. Послѣ этого выдѣленіе мочи сильно замедляется, и давленіе остается все время почти на одномъ уровнѣ. Если мочеточникъ находится въ состояніи полнаго покоя, то получается такая картина. Послѣ закрытія отводной трубки, не давая никакихъ колебаній, перо постепенно поднимается. По мѣрѣ того, какъ давленіе увеличивается, кривая становится болѣе пологой. Высота, на которую поднималось въ нашихъ опытахъ секреторное давленіе, доходила до 98 mm. ртутнаго столба. На кривой № 15 оно поднимается на 63 mm. Hg.

Въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ опытовъ мы освобождали мочеточникъ на всемъ его протяженіи отъ окружающихъ органовъ, лишь верхній конецъ его оставался соединеннымъ съ почкой. При такихъ условіяхъ высота сокращеній мочеточника колебалась между $^1/_2$ и $1^1/_2$ mm., слѣдовательно давленіе внутри него поднималось до 3 mm. ртутнаго столба. Восходящая часть кривой идетъ круто вверхъ, нисходящая-же очень полога и теряется совершенно незамѣтно. Поэтому кривая сокращеній пріобрѣтаетъ характерный ступенчатый видъ. Количество сокращеній отъ нормы не отступаетъ; по мѣрѣ того, какъ давленіе повышается, количество сокращеній увеличивается. Крив. № 14.

Если сравнить сокращенія обоихъ мочеточниковъ, то они и въ этомъ случаѣ остаются неодинаковыми по силѣ и частотѣ.

Наблюденія надъ физіологической дѣятельностью мочеточниковъ у человѣка при помощи пишущихъ аппаратовъ, насколько намъ извѣстно**), до сихъ поръ не производилось, поэтому является далеко не лишнимъ сказать нѣсколько словъ относитель-

---

*) Въ Zentralbl. f. Physiologie Bd. XXI за 1907 г. № 17 напечатано предварительное сообщеніе изъ Кіева д-ра *Obniski* (*Обнискаго*): Der Sekretionsdruck der Niere, гдѣ приводятся результаты изслѣдованія относительно почечнаго секреторнаго давленія: при чемъ для измѣренія послѣдняго катетръ вводился въ нижній конецъ мочеточника. Наши опыты были уже закончены, когда эта работа была получена (4 дек. 1907 г.) въ Томскѣ.

**) Нѣкоторыя изъ имѣющихъ отношеніе къ данному вопросу работы не приведены здѣсь и будутъ разобраны нами позднѣе.

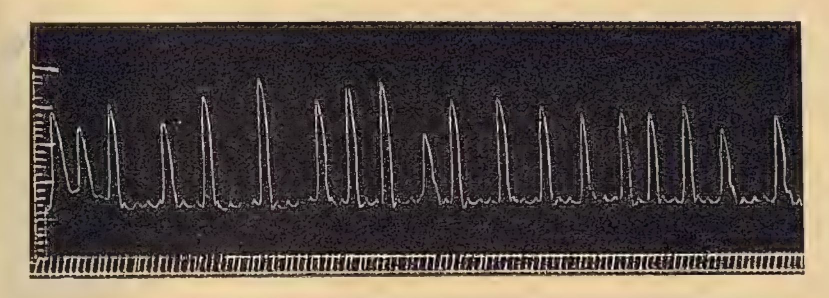
но нашего наблюденія надъ женщиной, страдавшей обширнымъ пузырно-влагалищнымъ свищомъ. У этой больной намъ удалось непосредственно черезъ влагалище вставить катетръ въ устья обоихъ мочеточниковъ и зарегистрировать одновременно ихъ дѣятельность на барабанѣ. Никакого правильнаго чередованія въ дѣятельности мочеточниковъ, о чемъ упоминаетъ большинство старыхъ авторовъ, намъ наблюдать не удалось. Въ общемъ мочеточникъ человѣка работаетъ совершенно аналогично мочеточнику животнаго. При наблюденіи надъ указанной больной нами получена очень демонстративная дикротическая кривая, см. рис. № 5 и 9. Необходимо упомянуть, что, благодаря изслѣдованію больной въ физіологической лабораторіи, намъ удалось установить фактъ, очень важный съ клинической точки зрѣнія. На основаніи того, что сокращенія лѣваго мочеточника происходили почти въ два раза рѣже, и давленіе получалось въ 2 раза ниже, чѣмъ на правой сторонѣ, было предположено, что въ данномъ случаѣ имѣется пораженіе лѣваго мочеточника анатомическаго характера. Дѣйствительно, при операціи оказалось, что лѣвый мочеточникъ раза въ полтора толще праваго, на разрѣзѣ—бѣловатаго цвѣта; отверстіе его зіяетъ. Ясно, что въ даннномъ случаѣ былъ склерозъ лѣваго мочеточника на почвѣ хроническаго воспалительнаго заболѣванія. Средняя величина наростанія давленія во время сокращенія праваго (здороваго) мочеточника у наблюдаемой женщины равнялось 24 mm. ртутнаго столба. Тоническое сокращеніе мочеточника во время паузы равнялось 27 mm., слѣдовательно средняя высота давленія во время сокращенія мочеточника отъ нулевой точки равнялась 51 mm. ртутнаго столба. Необходимо обратить вниманіе на то, что наблюдаемая нами женщина была сильно истощена (вѣсила всего лишь 2 пуда 15 фунтовъ).

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить глубокую благодарность глубокоуважаемому профессору физіологіи въ Императорскомъ Томскомъ Университетѣ *А. А. Кулябко*, любезно предоставившему свою лабораторію для нашихъ опытовъ и лично руководившему ими.

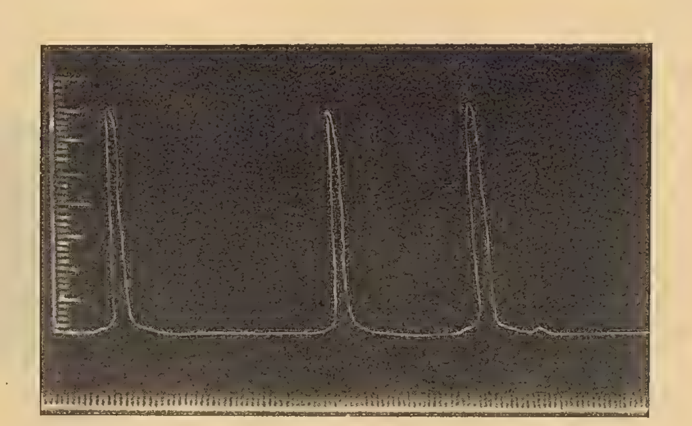
ОБЪЯСНЕНІЯ КЪ РИСУНКАМЪ.

№ 1. Кривая нормальныхъ сокращеній мочеточника съ паузами.
№ 2. То-же.
№ 3. Кривая нормальныхъ сокращеній мочеточника безъ паузъ.
№ 4. Гигантскія сокращенія мочеточника.
№ 5 а и б. Кривая дикротической волны.
Добавочное сокращеніе расположено на восходящей части кривой.
Наблюденіе надъ женщиной.
№ 6. Кривая дикротической волны.
Второе сокращеніе расположено на нисходящей части кривой.
№ 7. Группы раздѣльныхъ сокращеній мочеточника, имѣющія волнообразный характеръ.
№ 8. Группы сокращеній мочеточника со сліяніемъ ихъ основаній.
№ 9 а и б. Образованіе большихъ группъ изъ сліянія дикротическихъ сокращеній.
Наблюденіе надъ женщиной.
№ 10. Неправильный ритмъ дѣятельности мочеточника.
Неравномѣрная высота сокращеній.
№ 11. Сокращенія мочеточниковъ съ образованіемъ „плато" на вершинѣ кривой.
№ 12. Неравномѣрная высота сокращеній обоихъ мочеточниковъ.
№ 13. Вліяніе асфиксіи на сокращеніе мочеточниковъ.
№ 14. Кривая сокращеній мочеточника, изолированнаго на всемъ его протяженіи за исключеніемъ почечнаго конца.
№ 15. Кривая секреторнаго давленія въ почкахъ.

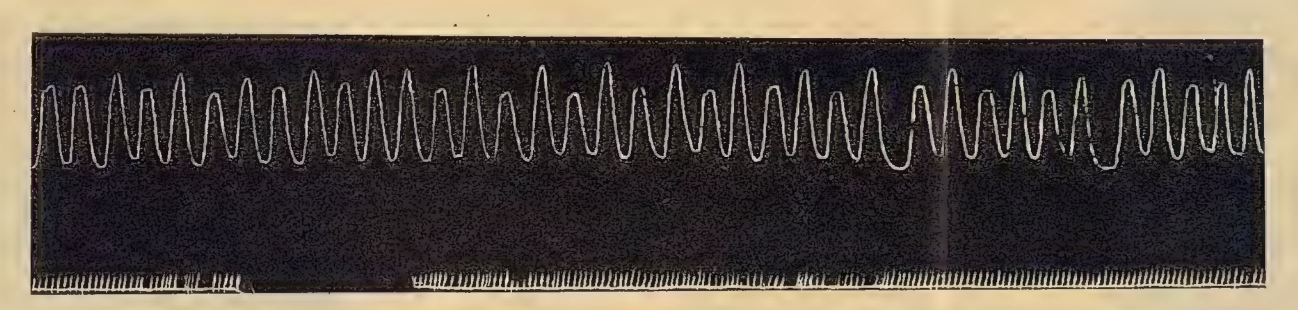
№ 1.



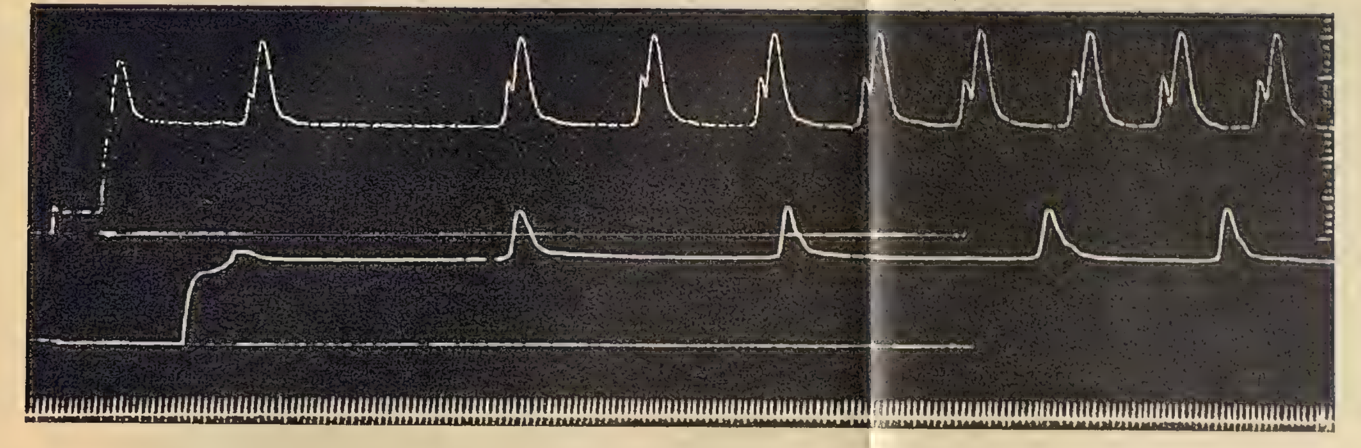
№ 2.



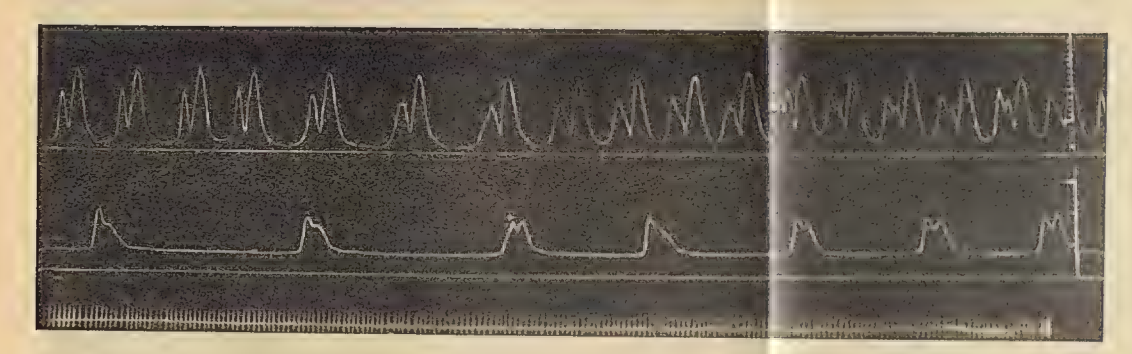
№ 4.



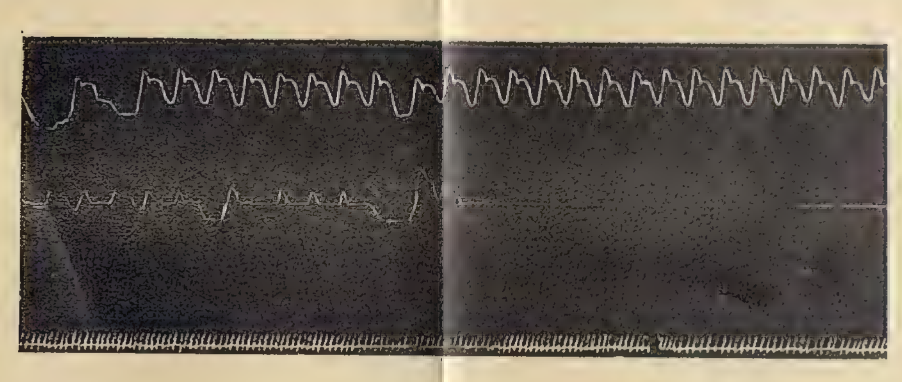
№ 3.



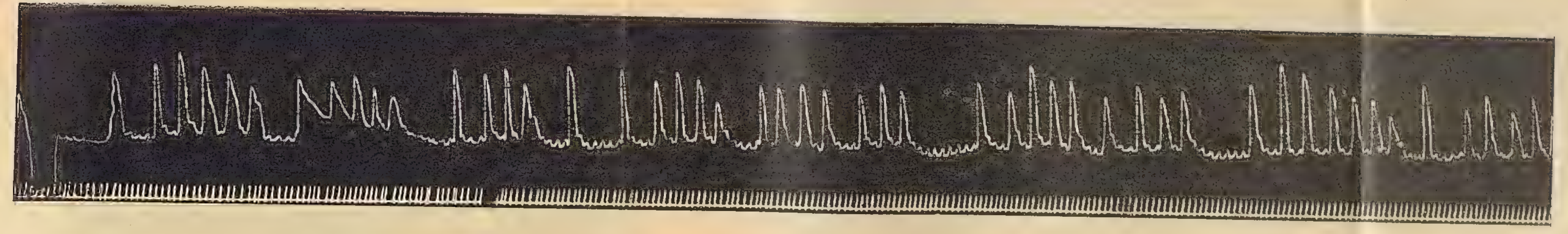
№ 5 а.



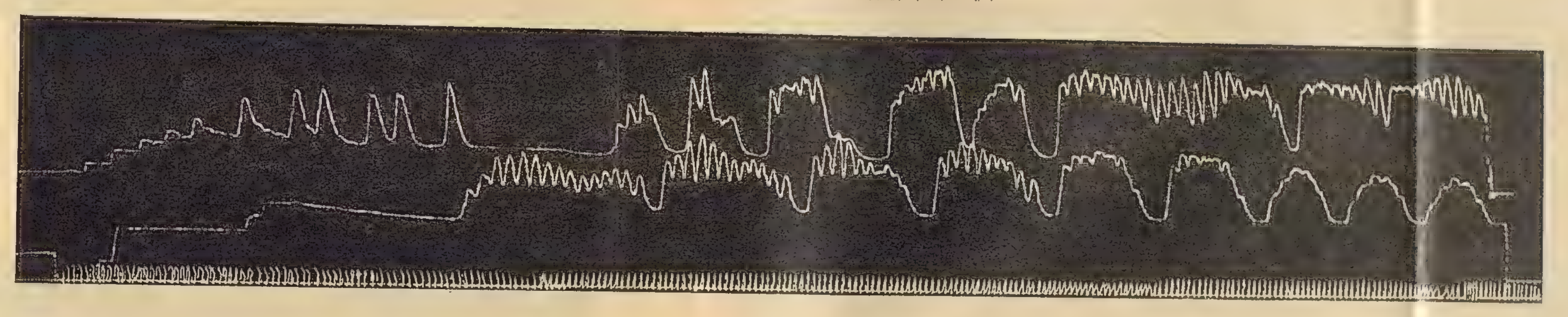
№ 5 б.



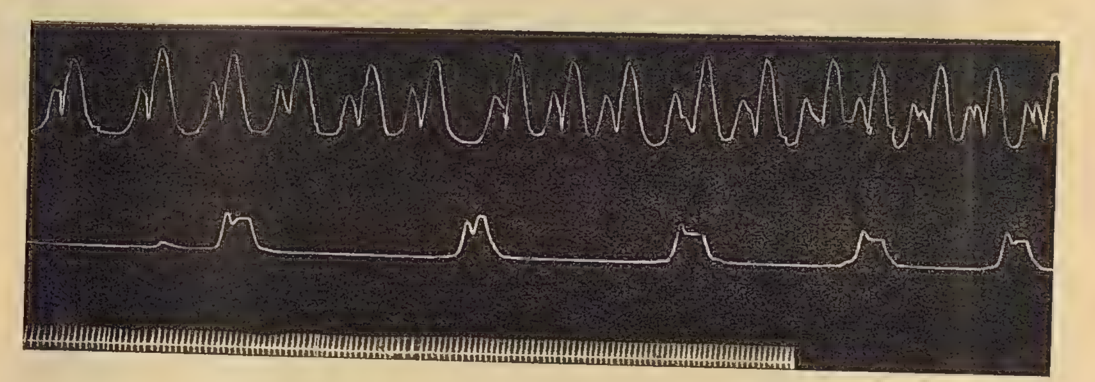
№ 6.



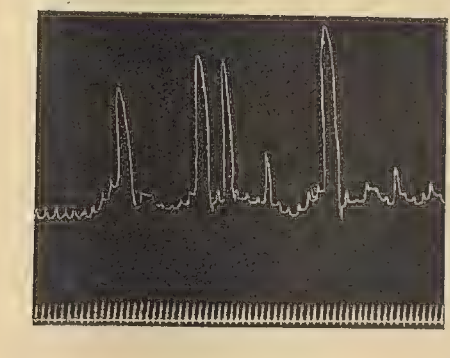
№ 7.



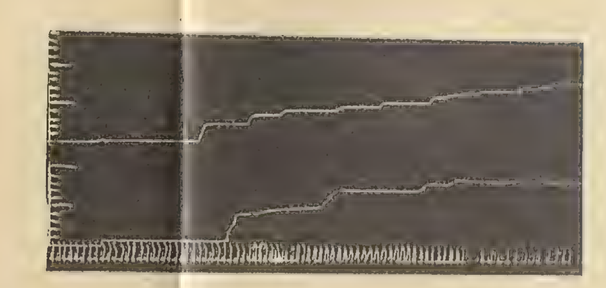
№ 8.



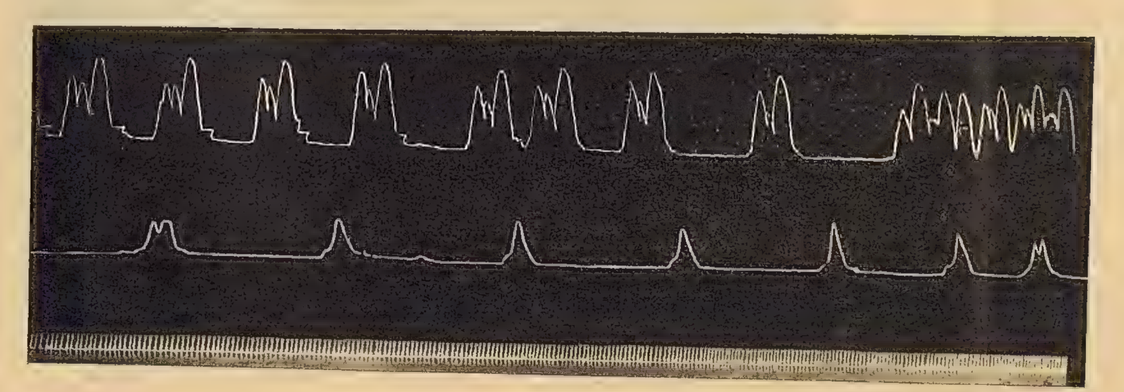
№ 9 a.



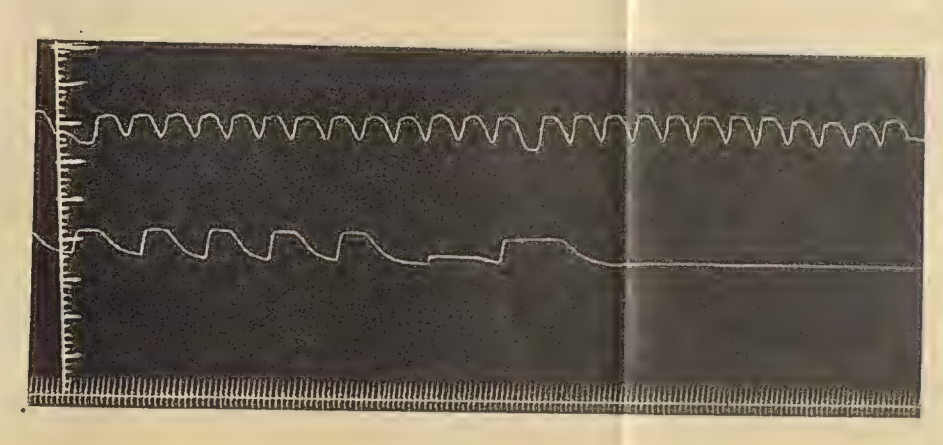
№ 10.



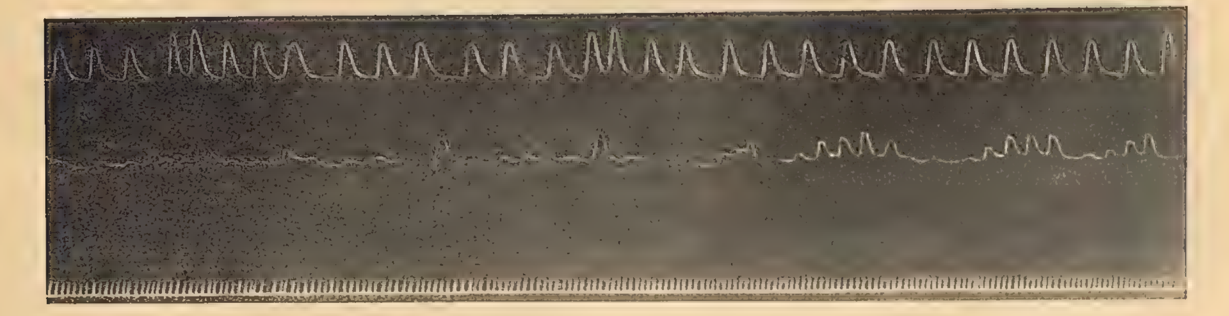
№ 14.



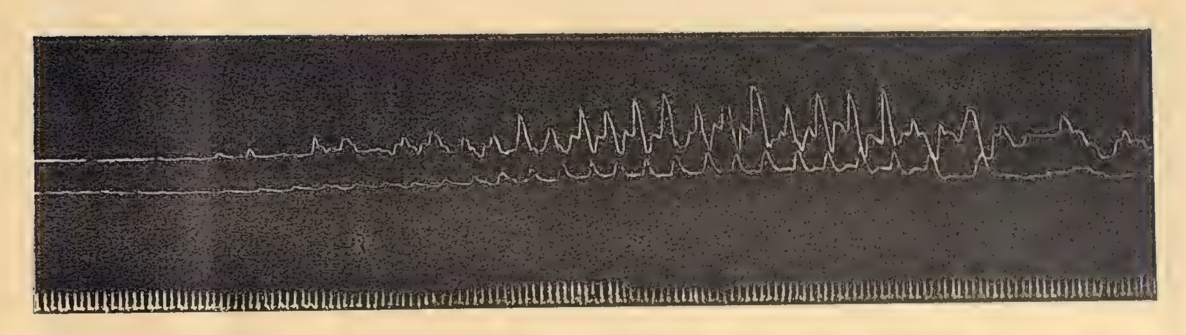
№ 9 б.



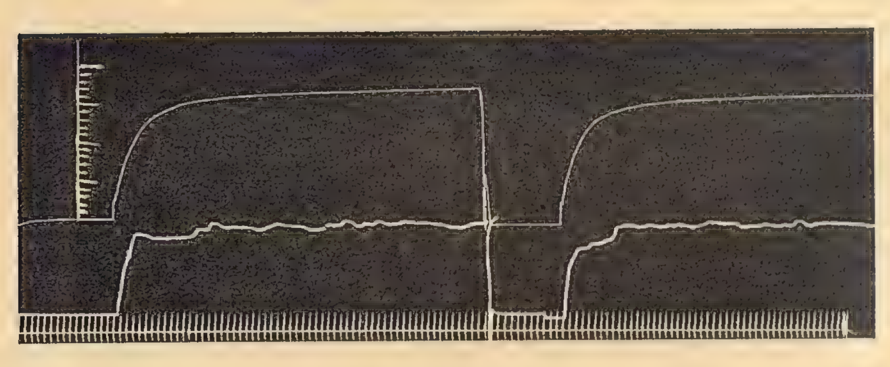
№ 11.



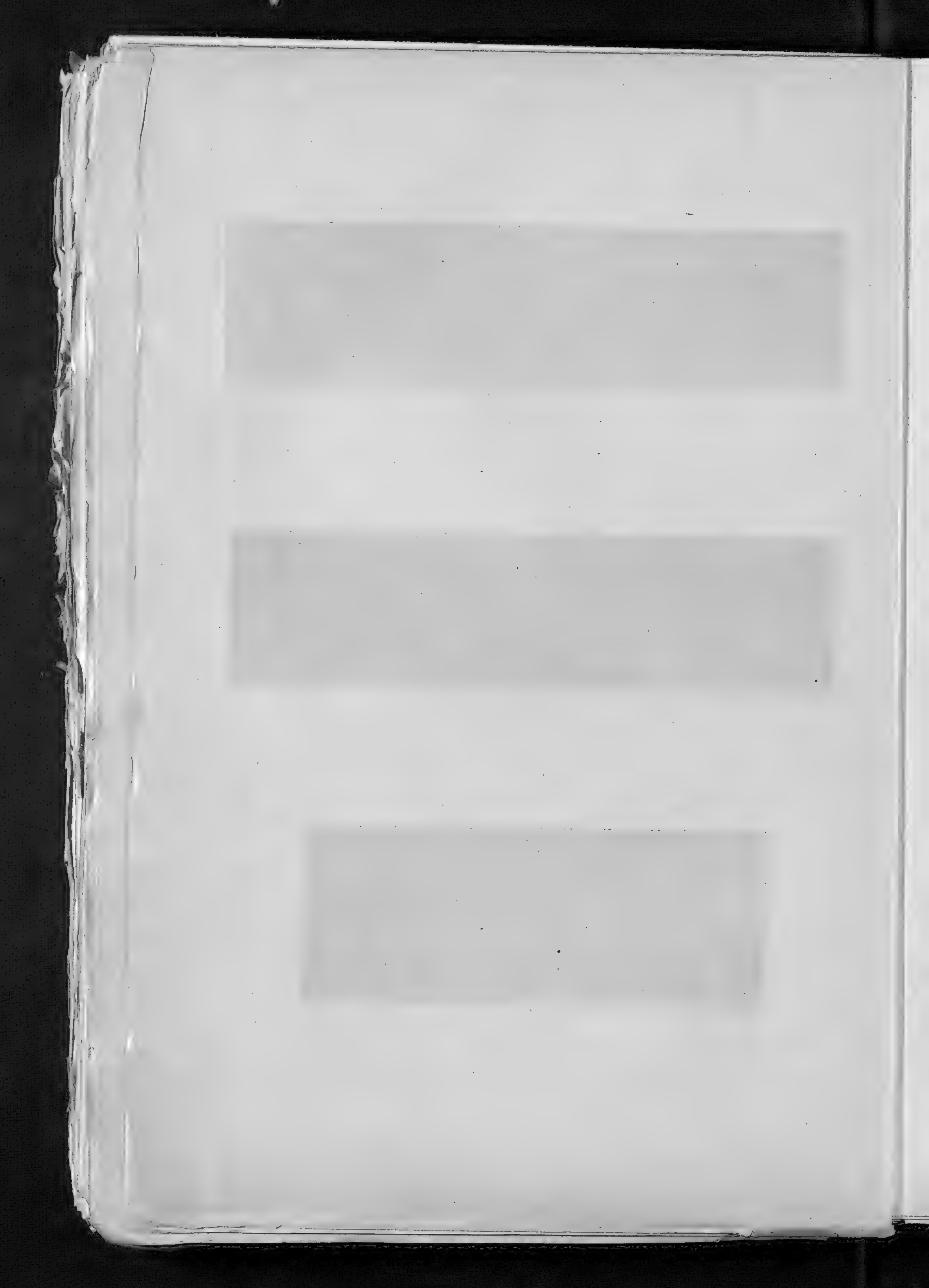
№ 12.



№ 13.



№ 15.



Изъ Офталмологической Факультетской клиники
Императорскаго Томскаго Университета.

О ХИРУРГИЧЕСКОМЪ ЛЕЧЕНІИ ТРАХОМЫ.

Лаборанта клиники П. И. Чистякова.



ТОМСКЪ.
Типо-литографія Сибирскаго Т—ва Печатнаго Дѣла, уг. Двор. ул. и Ямск. пер., д.
1909.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Стр.

I.

1. Историческій очеркъ развитія оперативныхъ способовъ леченія трахомы (эксцизія переходной складки и вылущеніе хряща вѣкъ) 1
2. Критическая оцѣнка оперативнаго леченія трахомы съ точки зрѣнія противниковъ и защитниковъ этого способа 21
3. Оперативное леченіе трахомы въ Россіи (эксцизіей переходной складки и хряща) 29
4 Мнѣнія, приводимыя въ объясненіе лечебнаго дѣйствія эксцизіи конъюнктивы и хряща вѣкъ 63

II.

Литературныя данныя объ измѣненіяхъ въ переходной складкѣ и хрящѣ вѣкъ при трахомѣ 40

III.

1. Собственныя клиническія наблюденія относительно хирургическихъ способовъ леченія трахомы 51
2. Степень укороченія конъюнктивальнаго мѣшка послѣ эксцизіи верхней переходной складки 67
3. Исторіи болѣзней 71
4. Таблица оперированныхъ, съ указаніемъ продолжительности наблюденія, осложненій и главнѣйшихъ результатовъ операцій . 117

IV.

5. Собственныя изслѣдованія объ измѣненіяхъ въ конъюнктивѣ переходной складки и хрящѣ вѣкъ при трахомѣ 125

V.

Экспериментальная часть.

1. Цѣль экспериментальнаго изслѣдованія 134
2. Постановка опытовъ 135
3. Протоколы опытовъ на животныхъ 141
4. Выводы 149

VI.

Литература . . . . I—VIII

I.

1. Историческій очеркъ развитія оперативныхъ способовъ леченія трахомы. (Эксцизія переходной складки и вылущеніе хряща вѣкъ).

Зачатокъ оперативнаго леченія трахомы находятъ уже въ глубокой древности. „Если въ новѣйшихъ сочиненіяхъ, пишетъ Hirschberg [1]), встрѣчаютъ споры за пріоритетъ вырѣзыванія зеренъ на соединительной оболочкѣ, если въ совершенно новыхъ и прекрасныхъ ученіяхъ о глазныхъ операціяхъ читаютъ, что при зернистой болѣзни впервые Galezowski въ 1874 г. методически примѣнялъ вырѣзываніе переходной складки, то другъ исторіи едва можетъ удержаться отъ тихой улыбки. Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что въ сочиненіи Гиппократа о зрѣніи было рекомендовано вырѣзываніе мясистыхъ разращеній, по крайней мѣрѣ на нижнемъ вѣкѣ". Дѣйствительно, въ сочиненіи Гиппократа de visu (Kapit. IV и V) [2]) говорится не только о механическомъ леченіи трахомы (чистка милетской шерстью, навернутой на веретено или прижиганіе раскаленнымъ желѣзомъ), но и о чисто хирургическомъ—срѣзываніемъ снизу, въ случаѣ если вѣки утолщены, „такъ много мяса, сколько возможно". Конечно, отсюда далеко до операціи эксцизіи переходной складки въ томъ видѣ, какъ она стала примѣняться впослѣдствіи, но это свидѣтельствуетъ о томъ, насколько естественна была мысль лѣчить всякія разращенія на конъюнктивѣ,—въ томъ числѣ и трахоматозныя, вырѣзываніемъ.

Вырѣзываніе трахоматозныхъ разращеній получило названіе операціи—Blepharoxysis и практиковалось врачами Александрійской школы и Римскими, но Галенъ [3]) ((130—201 г. по Р. Хр) высказывалъ сомнѣнія относительно его пользы; однако операція примѣнялась и впослѣдствіи Paulus'омъ (670 г. по Р. Хр.) и др. 4,5). Затѣмъ она, какъ это часто случается въ исторіи медицины, была забыта; въ средніе вѣка не примѣнялась, такъ какъ

упоминается лишь у одного автора (Benevetus Graephaeus въ XIII в.)[6]) и вновь была введена въ практику въ началѣ XIX столѣтія. Такъ, Hannibal Omodei[7]) (1816) въ Италіи совѣтовалъ вырѣзывать изъ соединительной оболочки большіе куски ножницами и ножемъ, также Scarpa[8]), Maresotti[9]). Тогда же Sauders, Adams (1817) и Edmonston (1820 г.)[10]) нисколько, какъ говоритъ Raehlmann, не жалѣли слизистую оболочку. Vetch[11]) первоначально широко пользовался этимъ способомъ леченія трахомы, а позднѣе (1820) обратилъ вниманіе на вредъ, причиняемый образованіемъ рубцовъ послѣ изсѣченія.

J. Rust. (1820)[12]) въ томъ случаѣ, когда обычное лѣкарственное леченіе не могло привести конъюнктиву въ нормальное состояніе, рекомендовалъ перерожденную слизистую оболочку удалять ножемъ, или ножницами; эту операцію можно было съ отличными результатами и безъ всякаго вреда для глаза повторять.

Philipp. v. Walter[13]) (1821) для устраненія мясистыхъ гранулирующихъ разрастаній вырѣзывалъ большой кусокъ изъ соединительной оболочки вѣка. Эту эксцизію онъ производилъ при значительномъ отекѣ, когда было показаніе къ общему кровоизвлеченію; при этомъ можно было выпустить до ½ унца крови изъ глаза. При эксцизіи слизистой оболочки, по мнѣнію Ph. v. Walter'а, нужно было бояться не того, чтобы удалить слишкомъ много, а чтобы не вырѣзать слишкомъ мало. При трахомѣ конъюнктива чрезвычайно растянута, набухла и поэтому, вырѣзая кусокъ конъюнктивы шириною въ 7 линій, въ дѣйствительности теряютъ, по мнѣнію v. Walter'а, не болѣе половины линіи самаго вещества конъюнктивы.

Ph. v. Walter полагалъ, что при помощи эксцизіи конъюнктивы всего скорѣе можно вылѣчить заразное воспаленіе глазъ и предупредить осложненія со стороны роговой оболочки. Операція должна быть произведена по возможности рано, ей слѣдуетъ предпосылать кровопусканіе. Пока не произведена эксцизія соединительной оболочки и грануляцій „объ основательномъ излеченіи нечего и думать". Операцію эту можно повторять нѣсколько разъ.

Благодаря вырѣзыванію разращеній и черезъ проведеніе гигіеническихъ мѣръ v. Walter успѣшно боролся съ пандэміей зернистой болѣзни среди прусскихъ рабочихъ (Hirschberg[1]).

Нѣсколько позднѣе B. Eble (1839)[14]) совѣтовалъ большія и сильно гранулирующія складки при хронической бленнорреѣ эк-

стирпировать полностію, а плотныя и выдающіяся грануляціи удалять ножемъ или ножницами.

Himly (1843) [15]) также признавалъ, что вырѣзываніе набухшихъ зернистыхъ частей при хроническихъ страданіяхъ конъюнктивы всего короче и вѣрнѣе излѣчиваетъ болѣзнь.

Pilz (1854) [16]) рекомендовалъ срѣзать трахоматозныя зерна по 1—2 каждый разъ на переходной складкѣ, гдѣ ихъ всего удобнѣе захватить, между тѣмъ какъ на конъюнктивѣ хряща зерна крѣпко соединены съ хрящемъ и ихъ можно вырѣзать лишь поверхностно, а такая поверхностная эксцизія скорѣе вредна, чѣмъ полезна. Отъ подобнаго леченія Pilz не видѣлъ сморщиванія соединительной оболочки, какъ послѣ средствъ прижигающихъ.

Stellwag v. Carion (1870) [17]) срѣзалъ ножницами отдѣльныя грануляціи, при чемъ старался не повредить самой слизистой оболочки и не удалялъ грануляцій съ широкимъ основаніемъ и незначительной высоты. Подобнымъ же образомъ и Wecker (1867) [18]) исключалъ отъ оперативнаго леченія эксцизіей грануляціи, расположенныя на хрящѣ, въ глубинѣ и не выдающіяся.

Въ теченіи всего этого времени до 70-хъ г.г. техника оперативнаго леченія трахомы не была разработана, теоретическія основанія для эксцизіи также не были установлены; чисто эмпирически срѣзались грануляціи, какъ наиболѣе выступающія въ картинѣ болѣзни, или удалялись куски изъ переходной складки, какъ очага болѣзни.

Въ промежутокъ времени съ начала 50-хъ г.г. и до начала 70-хъ прошлаго столѣтія изсѣченіе конъюнктивы было почти заброшено, такъ какъ врачи стали считать это мѣропріятіе не безвреднымъ для глазъ. Но затѣмъ Richet и особенно Galezowski *) во Франціи (1874) [19]) вновь начали широко практиковать операцію вырѣзыванія переходной складки при трахомѣ. Съ этого собственно времени вырѣзываніе переходной складки стало разрабатываться, какъ операція и постепенно вылилось въ ту форму, въ какой примѣняется въ настоящее время.

*) Къ сожалѣнію, съ работой этого автора, какъ и съ нѣкоторыми другими, мы не имѣли возможности ознакомиться въ подлинникѣ за отсутствіемъ ихъ въ библіотекѣ Томскаго Университета, гдѣ отдѣлъ книгъ и періодическихъ изданій по офталмологіи до послѣдняго времени представленъ былъ крайне бѣдно.

Galezowski предпринималъ вырѣзываніе переходной складки потому, что трахоматозныя зерна больше всего и прежде всего выростаютъ въ ней и здѣсь удерживаются долгое время. Самую операцію онъ производилъ слѣдующимъ образомъ: захватывалъ переходную складку, верхнюю или нижнюю, особымъ съ зубцами пинцетомъ и, намѣтивъ ее двумя параллельными разрѣзами, удалялъ ножницами такъ, чтобы не повредить хрящъ и конъюнктиву глазного яблока.

Къ Декабрю 1878 г. Galezowski произвелъ 227 случаевъ эксцизіи переходной складки; изъ этого числа два глаза онъ потерялъ, въ 7-ми операція была неудачна, 5 разъ больные не могли быть прослѣжены, а 213 операцій увѣнчались хорошими результатами. Изъ клиники Galezowsk'аго послѣ того выходили работы, подтверждавшія хорошее дѣйствіе операціи (Giffo, Ag. Blaech) [20]).

Youkchevitsch [21]) (1884 г.) рекомендовалъ эксцизію переходной складки для случаевъ застарѣлыхъ и при рецидивахъ; также хорошо отзывался о ней Brachet (1882) [22]).

Позднѣе самъ Galezowski неоднократно (1886, 1899) сообщалъ о произведенныхъ имъ новыхъ многочисленныхъ случаяхъ операціи эксцизіи переходной складки, подтверждалъ благопріятные результаты и предлагалъ удалять только конъюнктиву безъ хряща и во всю длину вѣка. Дурныя послѣдствія операціи наблюдались имъ чрезвычайно рѣдко, но одинъ разъ онъ видѣлъ случай флегмоны вѣка.

Операція вырѣзыванія переходной складки при трахомѣ вступила въ новую дальнѣйшую фазу развитія послѣ того, какъ въ Германіи сообщилъ свои наблюденія надъ результатами этого метода Heisrath (1882) г.) изъ клиники Jacobsohn'a.

Въ дѣлѣ разработки и усовершенствованія этой операціи Heisrath'у принадлежитъ большая заслуга; до него эксцизіи переходной складки подлежало небольшое число случаевъ трахомы, такъ какъ эксцизіей Galezowsk'аго нельзя было удалить грануляціи на хрящѣ, лежащія глубоко и не выдающіяся; такой эксцизіи не подлежала также и трахома рубцовая. Heisrath обратилъ вниманіе на то, что для развитія болѣзненныхъ явленій при трахомѣ имѣютъ весьма важное значеніе измѣненія глубокихъ тканей вѣка. Исходя изъ этого наблюденія, онъ сталъ примѣнять въ однихъ случаяхъ поверхностную эксцизію, въ другихъ болѣе

глубокую, соотвѣтственно распространенію болѣзненнаго процесса. Въ то время, какъ Galezowski ограничивался удаленіемъ лишь конъюнктивы переходной складки, Heisrath въ извѣстныхъ случаяхъ удалялъ и часть хряща, если ожидалъ, что и tarsus вовлеченъ въ болѣзненный процессъ.

Heisrath установилъ показанія и усовершенствовалъ технику операціи. Операціи подлежали, вообще говоря, случаи хронической трахомы, гдѣ медикаментозное леченіе не имѣло успѣха, или гдѣ болѣзнь рецидивировала. Въ частности, нижнюю переходную складку онъ удалялъ при сильномъ набуханіи ея съ образованіемъ зеренъ; чаще однако удалялъ верхнюю переходную складку, потому что она болѣе гипетрофируется и причиняетъ болѣе вреда. Heisrath удалялъ переходную складку, когда она была 1) плотна, тверда, съ студенистыми бѣдными кровью массами; 2) при не особенно далеко зашедшихъ случаяхъ, но съ образованіемъ pannus'a; 3) въ случаяхъ развитой хронической трахомы, и именно: а) при образованіи желтыхъ, ограниченныхъ узелковъ, глубоко лежащихъ въ конъюнктивѣ хряща и б) въ случаяхъ, протекающихъ съ сильными разрастаніями на переходной складкѣ; 4) при рубцахъ и аномаліяхъ вѣкъ по исправленіи ихъ. Сама по себѣ операція, по наблюденіямъ Heisrath'a, исправляетъ также аномаліи въ положеніи вѣкъ.

Операція производилась слѣдующимъ образомъ: Вывернутое верхнее вѣко захватывалось зажимнымъ пинцетомъ у свободнаго края и подъ него вводилась роговая пластинка, послѣ чего проводился разрѣзъ или на границѣ переходной складки и хряща, или въ самомъ хрящѣ, не ближе 4 mm. отъ рѣсничнаго края, черезъ всю его толщу параллельно свободному краю вѣка. Отъ концовъ этого разрѣза проводились еще два боковыхъ къ глазному яблоку и очерченный ими кусокъ переходной складки и хряща, отъ 1½—2 сант. въ длину и 1—1½ въ ширину отпрепаровывался отъ мышцы и удалялся. Рана при узкой эксцизіи не зашивалась, при широкой же эксцизіи накладывались швы въ различномъ числѣ, нитки обрѣзались коротко и удалялись на 4—5-й день. (E. Lehmann)[24]. Переходная складка нижняго вѣка удалялась ножницами, но здѣсь распространенной эксцизіи дѣлать никогда не приходилось, такъ какъ нижнее вѣко, по мнѣнію Heisrath'a, не имѣетъ особаго значенія для заболѣванія роговой оболочки; нижняя переходная складка легче поддается лѣкарственному леченію, хрящъ узокъ и рѣдко вовлекается въ процессъ.

Операція производилась или амбулаторно, или, если послѣдующая реакція была значительная, оперированный принимался въ клинику. При амбулаторномъ леченіи накладывалась повязка, при стаціонарномъ можно было обходиться и безъ повязки. Въ первые дни примѣнялись промыванія карболовымъ ($1^0/_0$) растворомъ. Въ теченіе первыхъ двухъ недѣль часто развивались на мѣстѣ эксцизіи раневыя грануляціи; онѣ могли раздражать соединительную оболочку и ухудшать состояніе роговой и потому удалялись ножницами, что приходилось дѣлать нѣсколько разъ. Въ теченіе 2—3 недѣль послѣ операціи кромѣ промываній конъюнктивальнаго мѣшка и атропина, въ случаѣ раздраженія, примѣнялось еще и медикаментозное леченіе—туширование cuprum sulfuric., но иногда больные уходили изъ подъ наблюденія уже на 8-й день.

Въ клиникѣ проф. Jacobsohn'а Heisrath, болѣе чѣмъ за два года, имѣлъ большой матеріалъ для наблюденія,—всего 230 случаевъ,—многіе изъ нихъ наблюдалъ до полнаго излеченія. Впослѣдствіи на международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Москвѣ (1897) Heisrath [25]) сообщилъ между прочимъ, что ко времени съѣзда онъ прослѣдилъ болѣе 8000 операцій и убѣдился, что при болѣе легкихъ случаяхъ трахомы дѣйствительны различные методы леченія, при тяжелой же трахомѣ—только оперативное леченіе.

Результаты эксцизіи были иногда поразительные—въ отношеніи состоянія соединительной оболочки, по отношенію къ pannus'у и къ остротѣ зрѣнія:

1) Трахоматозныя разрастанія сами по себѣ дѣйствуютъ, какъ чуждое тѣло и поддерживаютъ катарръ соединительной оболочки; поэтому послѣ эксцизіи быстро уменьшаются болѣзненныя отложенія, на которыя прежде лѣкарства не дѣйствовали. Спустя 3—4 мѣсяца послѣ операціи тамъ, гдѣ прежде была сильно опухшая переходная складка съ зернами, теперь получается ровная, мало разрыхленная соединительная оболочка, какъ при протекшемъ хроническомъ катаррѣ. Мѣсто эксцизіи получается ровное, рубецъ линейный, едва замѣтный.

2) Во многихъ случаяхъ, гдѣ прежде ничто не помогало противъ pannus'а,—ни лѣкарства, ни peritomia, ни исправленіе аномалій вѣкъ,—послѣ эксцизіи получалось быстрое улучшеніе.

3) По отношенію къ остротѣ зрѣнія результаты операціи были столь же поразительны. Въ короткое время острота зрѣнія

отъ счета пальцевъ вблизи повышалась до чтенія обыкновеннаго шрифта; портные, сапожники и пр. принимались за прежнюю работу.

Боязнь различныхъ осложненій послѣ эксцизіи (рубцы, symblepharon, entropion, ptosis), по мнѣнію Heisrath'a, несправедлива. Напротивъ, эксцизія купируетъ образованіе рубцовъ, предупреждаетъ опасность развитія аномалій въ положеніи вѣка и даетъ извѣстную гарантію противъ рецидивовъ болѣзни, такъ какъ уменьшаетъ поверхность, на которой возможенъ рецидивъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ производится радикальное удаленіе всѣхъ больныхъ частей, возможность рецидива исключается совершенно (Heisrath) [26]), а тамъ гдѣ удаляется только болѣе существенный продуктъ болѣзни, при благопріятныхъ условіяхъ—или самостоятельно, или при незначительной помощи, происходитъ обратное развитіе болѣзни.

Въ клиникѣ Jakobsohn'a, гдѣ Heisrath былъ ассистентомъ, операція эта примѣнялась въ широкихъ размѣрахъ. Jakobsohn писалъ впослѣдствіи Schneller'у [27]) 1887 г.), что въ теченіе 9 лѣтъ лѣчитъ трахому почти только скальпелемъ и ножницами и что съ тѣхъ поръ врачебныя средства обозначаютъ у него „faule Tage".

Работа Heisrath'a дала толчекъ цѣлому ряду другихъ сообщеній по поводу эксцизіи переходной складки при трахомѣ. Въ клиникѣ самого Heisrath'a Lehmann (1895) [26]) прослѣдилъ эту операцію болѣе чѣмъ на 100 глазахъ и нашелъ, что трахома посредствомъ эксцизіи излѣчивается въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, тогда какъ при медикаментозномъ лечепіи для того требуются годы. Никакихъ осложненій онъ не наблюдалъ; напротивъ, операція устраняетъ entropion и ptosis trachomat.; только одинъ разъ онъ видѣлъ въ клиникѣ Heisrath'a случай symblpharon послѣ операціи, произведенной въ другомъ мѣстѣ: это осложненіе, по его мнѣнію, возможно, въ томъ случаѣ, если взято слишкомъ много конъюнктивы глазного яблока.

D-r Schneller (1884) [27]), въ виду крайняго упорства болѣзни и продолжительности леченія обычными средствами, не исключая и выдавливанія, въ виду частыхъ рецидивовъ, сталъ примѣнять методъ Heisrath'a. Сперва онъ производилъ частичную эксцизію и хотя видѣлъ и хорошіе результаты, но не всегда,—послѣ нѣкотораго облегченія процессъ на роговой оболочкѣ опять

ухудшался; поэтому Schneller сталъ примѣнять полную эксцизію переходной складки. Первое сообщеніе онъ сдѣлалъ на основаніи 85-ти произведенныхъ имъ эксцизій. Первоначально онъ производилъ операцію въ наркозѣ, при чемъ однажды, вслѣдствіе неправильныхъ быстрыхъ вращеній глазного яблока, ножемъ была перфорирована роговая оболочка, выпала iris и образовалась травматическая катаракта. Въ виду этого Schneller предложилъ особый пинцетъ, которымъ можно было захватить всю переходную складку, оттянуть ее отъ мышцы и быстро удалить ножницами, при чемъ оперировать тогда онъ сталъ подъ кокаиномъ, а хлороформъ оставилъ лишь для дѣтей. Швы на рану обыкновенно не накладывалъ, но если она была шириною болѣе 7—8 mm. то соединялъ края ея 3-мя швами изъ кэтгута. Результаты операціи были весьма ободряющіе; pannus и трахоматозныя измѣненія на конъюнктивѣ развивались обратно; pannus проходилъ черезъ 10—14 дней. Леченіе укорачивалось до 25 дней при клиническомъ уходѣ и до 30—35 при амбулаторномъ,—вмѣсто обычныхъ 6—8 недѣль и до 1 года. Раневыя грануляціи могли задерживать улучшеніе, почему подлежали удаленію. Послѣоперационный рубецъ—обыкновенно линейный и дурного вліянія не оказывалъ.

Нѣсколько позднѣе (1887 г.) Schneller [27]) вновь сообщалъ о хорошихъ результатахъ оперативнаго леченія трахомы. Къ этому времени онъ усовершенствовалъ технику операціи. Въ 1 актѣ операціи вывертывалось вѣко и обнаруживалась переходная складка. Въ слѣдующій (II) моментъ переходная складка захватывалась пинцетомъ Schneller'а во всю длину и зажималась въ немъ посредствомъ винта; III актъ состоялъ въ отрѣзаніи переходной складки нѣсколькими сѣченіями ножницъ. Длина удаляемаго куска слизистой на верхней переходной складкѣ равнялась 25—40 mm., ширина 3—6 mm.; на нижней переходной складкѣ—длина 20—30 mm., ширина 2—4 mm. При микроскопическомъ изслѣдованіи Schneller никогда не находилъ слѣдовъ мышцы въ удаляемомъ кускѣ переходной складки. Кровотеченіе послѣ операціи останавливалось само собой или при помощи холодныхъ примочекъ. Повязка—на оба глаза.

Въ послѣ-операціонномъ теченіи наблюдались кровоизліянія подъ кожу, боли, опухоль вѣкъ и на 2-й—3-й недѣлѣ раневыя грануляціи. На основаніи своихъ наблюденій (359 эксцизій)

Schneller ставилъ этотъ методъ леченiя трахомы выше всѣхъ другихъ и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Клиническое и поликлиническое леченiе всѣхъ формъ трахомы существенно укорачивается.

2. Заболѣванiе роговой оболочки излѣчивается необыкновенно быстро.

3. Трахома соединительной оболочки излѣчивается быстро сама собою или при помощи незначительной медикаментозной помощи.

4. Рецидивы рѣдки.

5. Линеарный рубецъ на мѣстѣ переходной складки не причиняетъ вреда. Функцiональныхъ дефектовъ—ни сморщиванiя конъюнктивальнаго мѣшка, ни искривленiя или выворота вѣка онъ не наблюдалъ.

Черезъ 5 лѣтъ послѣ этого сообщенiя Schneller не измѣнилъ своихъ взглядовъ на эксцизiю переходной складки и по прежнему рекомендовалъ ее при хронической формѣ трахомы и въ тѣхъ случаяхъ острой трахомы, гдѣ она осложняется заболѣванiемъ роговой оболочки (1892) [27].

На основанiи своихъ наблюденiй онъ убѣдился, что безъ вреда для движенiя глаза и вѣка можно удалять изъ переходной складки кусокъ 8—12—16 mm. шириною, такъ какъ при трахомѣ соединительная оболочка вдвое—вчетверо толще и шире, чѣмъ нормальная. Безъ вреда для акта закрыванiя глаза можно, по мнѣнiю Schneller'a, вырѣзывать изъ верхняго хряща полоску maxim. 4 mm. ширины, если соединительная оболочка еще не потерпѣла рубцоваго сморщиванiя. Поднятiе верхняго вѣка даже тѣмъ болѣе облегчается, чѣмъ болѣе хряща удалено. Самъ лично онъ, однакоже, никогда не удалялъ болѣе 1 mm. отъ верхняго хряща съ его соединительной оболочкой, такъ какъ „никогда не видѣлъ измѣненiй въ хрящѣ, которыя бы вынуждали его идти далѣе“.

Около того же времени Richter R. (1885 г.) [28] былъ пораженъ, увидѣвъ больныхъ у Heisrath'a до и послѣ операцiи. Недовольный обычными способами леченiя трахомы, крайне медленно ведущими къ цѣли, при условiи частыхъ рецидивовъ болѣзни, Richter самъ сталъ производить вырѣзыванiе переходной складки. Подобно Heisrath'у, онъ удалялъ не только конъюнктиву переходной складки, но и часть хряща съ его слизистой, такъ какъ

допускалъ существованіе глубокихъ измѣненій въ самомъ хрящѣ вѣкъ при трахомѣ. Измѣненіе формы хряща не есть только результатъ механическаго стягиванія рубцовой конъюнктивы—трахома вызываетъ воспаленіе хряща; слѣдовательно, чтобы предохранить больного отъ рецидивовъ нужно удалять хрящъ, удалять даже въ томъ случаѣ, еслибы онъ казался здоровымъ, такъ какъ нельзя знать навѣрно, свободенъ ли онъ отъ измѣненій. Къ этому побуждали его и техническія условія операціи: если вырѣзать только переходную складку, то можетъ оказаться недостаточно конъюнктивы для закрытія раны, что опасно и можетъ повести къ завороту вѣкъ. Richter оперировалъ въ легкихъ случаяхъ острой трахомы, при тяжелой хронической съ pannus'омъ и также при рубцовой трахомѣ съ искривленіемъ вѣка.

На основаніи своихъ 9-ти мѣсячныхъ наблюденій онъ пришелъ къ самымъ лестнымъ для операціи выводамъ: болѣзнь быстро излѣчивается; больная ткань конъюнктивы замѣняется здоровой, entropion устраняется, такъ какъ удаляется хрящъ—причина заворота; измѣненія на роговой оболочкѣ, хотя и не всегда быстро, но, какъ правило, улучшаются. Рецидивы возможны, но въ легкой формѣ.

Sedan (1886) считалъ вырѣзываніе переходной складки лучшимъ способомъ для леченія трахомы.

Такіе благопріятные отзывы объ эксцизіи переходной складки не могли не побуждать и другихъ врачей, занятыхъ борьбою съ трахомой, испытать этотъ методъ леченія и усовершенствовать технику операціи.

Операція стала примѣняться въ клиникѣ Schnabel'я [30]), Eversbusch'a [31]) и производилась нѣсколько иначе, чѣмъ у Heisrath'a. Это видоизмѣненіе описано было Elschnig'омъ [30]) въ 1889 г. и приведено въ новомъ изданіи руководства Czermak'a [32])—„Die Augenärztlichen Operationen". Производство опеціи, описанное A. Elschnig'омъ, очень напоминаетъ операцію стафиломы роговой оболочки по способу Critchett'a: подъ переходную складку предварительно проводились въ вертикальномъ направленіи 3 или отъ 5—8 иголокъ, вооруженныхъ нитками. Область переходной складки, находящаяся между вколомъ и выколомъ иголъ, по всему протяженію подрѣзалась двумя линеарными сѣченіями скальпеля и отпрепаровывалась ножницами. Послѣ этого иголки проводились сполна и рана соединялась по возмож-

ности аккуратно, чтобы предупредить появленіе грануляцій.—Elschnig имѣлъ возможность наблюдать эту операцію въ теченіе двухъ лѣтъ въ клиникѣ Schnabel'я въ Graz'ѣ, гдѣ она произведена была на 60 глазахъ у 34 лицъ 105 разъ. Операціи подлежали различные случаи—съ pannus'омъ и безъ пораженія роговой оболочки, съ зернами и въ рубцовомъ стадіи; болѣе легкіе случаи съ немногими фолликулами оперировались въ общемъ рѣдко, только при томъ условіи, если больной не могъ посвятить леченію продолжительное время. Оперативное леченіе примѣнялось чаще въ случаяхъ тяжелой трахомы, съ большимъ количествомъ зеренъ и значительной инфильтраціей соединительной оболочки. Уже до операціи многіе наблюдались по году, послѣ операціи отъ 14—95 дней,—въ среднемъ 44 дня. Размѣры удаляемой переходной складки колебались отъ 25—34 mm. по длинѣ и отъ 5—12 по ширинѣ (на верхнемъ вѣкѣ); вырѣзывать широкій кусокъ хряща, какъ по способу Heisrath'a, ему приходилось рѣдко.

Достоинство описаннаго способа операціи Elschnig видѣлъ въ быстротѣ производства—въ ½ часа можно было вырѣзать всѣ 4 переходныхъ складки. Заживленіе происходило большею частью безъ реакціи, иногда наблюдалось опуханіе раны и кровоподтеки.

Положительные результаты операціи сказывались тѣмъ, что быстро начиналось обратное развитіе и другихъ разрастаній на хрящевой части,—онѣ становились блѣднѣе, площе; исчезало опуханіе верхняго вѣка, оно открывалось нормально, pannus исчезалъ. На основаніи своихъ наблюденій, Elschnig убѣдился, что послѣ удаленія переходной складки въ 30 mm. длины и 6 ширины при фолликулярномъ воспаленіи, если рана хорошо соединена, не получается недостаточности соединительной оболочки, не получается никогда измѣненій въ положеніи вѣкъ или функціональныхъ недостатковъ глаза; увлажненіе глазного яблока и соединительной оболочки не отклоняется отъ нормы, движенія глазного яблока и вѣкъ совершенно свободны.

Нѣкоторые другіе авторы 80-хъ и начала 90-хъ г.г. высказывались также за полную или частичную эксцизію переходной складки при трахомѣ (Iitta[33], Lindsay Iohnson [34]).

Yossius [35]) имѣлъ обширный опытъ и наблюденія относительно этой операціи; уже въ 1885 г. онъ производилъ эту операцію. Въ своемъ учебникѣ по офталмологіи онъ указываетъ, что суще-

ствуютъ случаи, въ которыхъ другимъ способомъ (безъ операціи) невозможно вылѣчить болѣзнь. „Кто подобно мнѣ, говоритъ онъ, по личному опыту знаетъ характеръ трахомы въ Восточной Пруссіи и особенно въ мѣстностяхъ, пограничныхъ съ Россіей, тотъ раздѣлитъ мое убѣжденіе, что безъ оперативныхъ пріемовъ обыкновенно невозможно искоренить болѣзнь". Yossius значительно усовершенствовалъ технику операціи. Послѣ эктропинизаціи вѣка зубчатыми пинцетами, онъ надрѣзываетъ складку конъюнктивы у наружнаго угла скальпелемъ, или ножницами, продвигаетъ одну браншу подъ конъюнктиву, отпрепаровываетъ ее къ глазному яблоку и накладываетъ лигатуру, оставляя ее съ иглой. Затѣмъ отпрепаровываетъ переходную складку до хряща и отрѣзаетъ; для предупрежденія раневыхъ грануляцій края раны тщательно соединяются уже продѣтыми черезъ бульбарную часть ея швами; нитки обрѣзаются коротко.

На основаніи 1000 изсѣченій Vossius убѣдился, что операція не только не оказываетъ какого либо вреда для глаза вообще и въ косметическомъ отношеніи въ частности, но значительно ускоряетъ излеченіе и препятствуетъ образованію pannus'a; старый же pannus послѣ операціи уменьшается и роговая оболочка просвѣтляется.

Больные пріобрѣтаютъ работоспособность черезъ 3—4 недѣли. Осложненія со стороны роговой оболочки объясняются, по его мнѣнію, или поврежденіемъ ватнымъ шарикомъ при вытираніи крови во время операціи, или слишкомъ длинными концами лигатуръ. Чрезвычайно рѣдко (3 : 138) онъ получалъ незначительное нарушеніе въ положеніи вѣкъ, которое потомъ исправлялось само собою; рецидивы крайне рѣдки. Путемъ этой операціи Yossius успѣшно боролся съ эпидеміей трахомы въ Кенигсберскихъ народныхъ школахъ, въ школѣ Велау и въ Торнѣ.

Br. Zeiminski (1889)[36]) предпочиталъ операцію безъ наложенія швовъ; послѣдніе вызываютъ инфильтраты роговой оболочки, а между тѣмъ и безъ швовъ эффектъ операціи столь же хорошъ; швы онъ накладывалъ лишь въ случаяхъ широкой эксцизіи хряща. Операціей вылѣчиваются, по его наблюденіямъ, самые упорные случаи и предохраняются отъ рецидивовъ.

Эксцизію переходной складки производили также Treitel[37]) (1889) и Russak (1891 г.)[38]). Послѣдній часто предпосылалъ эксцизіи кантопластику,—во 1-хъ во всѣхъ случаяхъ спазмати-

ческаго съуженія глазной щели, или при блефарофимозѣ и во 2-хъ при пораженіяхъ роговой оболочки. Но даже при отсутствіи этихъ условій кантопластика освобождаетъ роговую оболочку отъ давленія со стороны вѣкъ и каждый разъ благопріятно вліяетъ на теченіе операціи.

Sydn. Stephensou (1892) [39]) также иногда присоединялъ къ эксцизіи переходной складки кантопластику и швовъ на рану не накладывалъ. Онъ нашелъ, что операція сокращаетъ теченіе трахомы, вліяетъ на pannus и предупреждаетъ рецидивы.

Нѣсколько ранѣе C. Veszely (1891) [40]) сообщилъ о своихъ двухлѣтнихъ наблюденіяхъ по поводу эксцизіи переходной складки. Операція произведена была имъ въ 61 случаѣ. По его мнѣнію разрѣзъ необходимо долженъ захватывать уголъ вѣка,—иначе здѣсь останутся отдѣльные фолликулы и болѣзнь можетъ рецидивировать. Veszeli удалялъ переходную складку въ 5—8—10 mm. по ширинѣ. Онъ убѣдился, что эксцизія переходной складки чрезвычайно благопріятно вліяетъ на болѣзненный процессъ: обратное развитіе инфильтратовъ, исчезновеніе разрастаній идетъ несравненно быстрѣе (20—80 дней), чѣмъ при медикаментозномъ леченіи (4—10 и болѣе мѣсяцевъ). Измѣненій въ формѣ вѣкъ послѣ операціи онъ не наблюдалъ; рецидивы при этомъ способѣ леченія гораздо рѣже, чѣмъ при другихъ методахъ.

Командированные Прусскимъ правительствомъ въ Восточную Пруссію, чтобы выяснить результаты общественной борьбы съ трахомою, Hirschberg и Greeff нашли, что оперативные способы излѣчиваютъ трахому вполнѣ или даютъ длительное улучшеніе въ 40—50%. Hirschberg изъ 100 осмотрѣнныхъ, подвергавшихся операціи, ни разу не встрѣтилъ случая потери глаза или поврежденія его въ зависимости отъ операціи (Цитир. по Kuhnt'y [44]) и Гинзбургу [94]).

По мнѣнію Nogue [41]) (1893 г.) наилучшій результатъ получается при леченіи трахомы по методу Galezowsk'аго, съ послѣдующей каутеризаціей. Iäsche E. [42]) и Malgat [43]) (1896, 1894 г.) успѣшно присоединяли вырѣзываніе переходной складки къ другимъ методамъ леченія трахомы.

Въ 1897 г. появилась монографія H. Kuhnt'a [44]) „Ueber die Therapie der Conjunctivitis granulosa", гдѣ имъ среди другихъ методовъ подробно разработанъ также и способъ леченія трахомы эксцизіей переходной складки и хряща.

Различные—механическіе, химическіе и механо-хирургическіе способы, по Kuhnt'у, излѣчиваютъ трахому безъ существенныхъ потерь соединительной оболочки, но послѣ нихъ всегда остается возможность реинфекціи и тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе сохранена переходная складка—Prädilectionsstelle для поселенія возбудителей болѣзни (микробовъ). Въ Кенигсбергѣ Kuhnt'у пришлось встрѣтиться съ пандемически распространенной трахомой. Не смотря на примѣненіе различныхъ способовъ леченія и кажущееся излеченіе, больные нерѣдко возвращались вновь въ клинику съ рецидивами. Начавъ примѣнять эксцизію переходной складки, Kuhnt имѣлъ возможность убѣдиться, что больные возвращаются въ клинику или въ лучшемъ состояніи, или свободными отъ рецидивовъ и reinfect'іи. Считая всетаки вырѣзываніе переходной складки методомъ рузрушительнымъ, онъ примѣнялъ его лишь въ томъ случаѣ, если всѣ другія средства оказывались безполезными. Наконецъ, въ 1893—94 г.г. онъ провелъ серію больныхъ трахомою, подвергая одинъ глазъ эксцизіи переходной складки, другой обычному леченію лѣкарственными и механическими средствами; оказалось, что трахоматозныя осложненія роговой оболочки устранялись быстрѣе и излѣченіе трахомы на сторонѣ эксцизіи наблюдалось чаще. Послѣ того Kuhnt сталъ примѣнять эксцизію чаще и ко времени изданія упомянутой монографіи произвелъ 3077 подобныхъ операцій на 1617 больныхъ. Предостерегая отъ увлеченія этой операціей, о необходимости критическаго отношенія къ ней, Kuhnt настаивалъ, что для оперативнаго леченія трахомы нужны особыя показанія. Онъ усовершенствовалъ техническую часть операціи и подробно описалъ ее въ своей монографіи. Не приводимъ здѣсь описанія производства операціи по Kuhnt'у, такъ какъ это будетъ подробно изложено въ нашей клинической части; здѣсь же укажемъ лишь на показанія, противопоказанія и результаты операціи по Kuhnt'у.

Kuhnt различаетъ 1) простую эксцизію переходной складки, 2) комбинированную и 3) вылущеніе хряща.

П р о с т о й э к с ц и з і е й Kuhnt называетъ тотъ способъ операціи, который примѣнялся Richet—Galezowks'имъ и Schneller'омъ. Здѣсь удаляется только конъюнктива переходной складки, безъ хряща.

Простая эксцизія примѣняется имъ въ случаяхъ: a) гдѣ трахома ограничивается одной переходной складкой, b) гдѣ лѣкар-

ственное леченіе не привело къ цѣли, с) или имѣется рецидивъ, reinfectio, d) или процессъ угрожаетъ перейти на хрящъ, е) гдѣ поражена роговая оболочка, или f) больной изъ трахоматозной мѣстности.

Эффектъ этой операціи часто былъ поразительный: субъективныя жалобы исчезаютъ, pannus, инфильтраты роговой оболочки быстро развиваются обратно. Рѣдко улучшеніе задерживается, если не получилось линеарнаго рубца.

Опытъ убѣдилъ Kuhnt'a, что простая эксцизія не предохраняетъ отъ возвратовъ болѣзни въ томъ случаѣ, гдѣ трахома захватила и тарзальную часть коньюнктивы. Для этихъ случаевъ онъ считаетъ показанною:

2) Комбинированную эксцизію переходной складки. Комбинированной эксцизіей Kuhnt называетъ способъ, примѣнявшійся Heisrath'омъ, т. е. удаленіе не одной только переходной складки, но вмѣстѣ съ значительной частью хряща. Эта операція производится Kuhnt'омъ, только на верхнемъ вѣкѣ.

Показаніемъ для комбинированной эксцизіи, по Kuhnt'у, являются:

1) „Хроническія формы, съ характерной инфильтраціей соединительной оболочки и развитіемъ зеренъ въ области переходной складки и вѣкъ, съ одновременной инфильтраціей и утолщеніемъ хряща, все равно вовлечена cornea или нѣтъ.

2) распространенный хроническій гранулезъ переходной складки и соединительной оболочки вѣкъ, безъ существенныхъ измѣненій хряща, если уже захвачена роговая оболочка, или это ей угрожаетъ.

3) При студенистомъ распадѣ зеренъ, локализирующемся на переходной складкѣ, при чемъ у послѣдней верхній край хряща показываетъ типическое утолщеніе.

4) При излеченомъ уже гранулезѣ переходной складки, когда коньюнктива хряща вѣкъ еще студениста и поражена роговая оболочка или находится въ опасности".

Операцію эту Kuhnt считаетъ противо-показанной:

1) „Въ свѣжихъ случаяхъ, безъ тяжелыхъ пораженій роговой оболочки.

2) Въ рубцовомъ стадіи, при полномъ, или почти полномъ исчезновеніи зернистаго процесса въ слизистой.

3) Въ случаяхъ, гдѣ замѣтна тенденція къ сморщиванію соединительно-тканнаго мѣшка".

Правильно произведенная операція и въ случаяхъ, гдѣ для нея есть показаніе приводитъ „иногда прямо къ чудесамъ". Больные, которые уже мѣсяцы и годы лечились безъ успѣха, въ нѣсколько недѣль получаютъ поразительное улучшеніе. На основаніи своего опыта, Kuhnt пришелъ къ такимъ выводамъ: 1) „Черезъ эксцизію чрезвычайно укорачивается излеченіе трахомы; 2) вторичныя осложненія со стороны роговой оболочки предупреждаются; а если онѣ уже имѣются, то всего вѣрнѣе излѣчиваются; 3) аномаліи въ положеніи вѣкъ, воспалительныя явленія, рецидивы и reinfectio съ очевидностью задерживаются".

При комбинированной эксцизіи, произведенной lege artis, Kuhnt получалъ излѣченіе, самое раннее, въ 3 недѣли, самое позднее—въ 3—4 мѣсяца, а въ среднемъ, если имѣлся не особенно тяжелый и неблагопріятный случай, въ 6 недѣль.

Въ послѣдующее за операціей время онъ примѣнялъ смазыванія слабыми растворами plumbum aceticum, argentum nitricum, массажъ и под.

Что касается осложненій послѣ операціи со стороны роговой оболочки, то онѣ могутъ быть и объясняются, по Kuhnt'у, дѣйствіемъ ригиднаго шелку или недостаточной техникой. Произведенная lege artis, операція не даетъ осложненій; послѣ дурно произведенной—ихъ можно получить; такъ, Kuhnt упоминаетъ одинъ случай, гдѣ верхнее вѣко послѣ эксцизіи не могло правильно подниматься и глазная щель не закрывалась; нижняя треть роговой оболочки не закрывалась и съ трудомъ удалось исправить вѣко.

Въ то время, какъ послѣ другихъ способовъ леченія, сопряженныхъ съ сохраненіемъ переходной складки, наблюдаются рецидивы и reinfectio, какъ только больной снова попадетъ въ трахоматозную мѣстность,—послѣ эксцизіи, произведенной lege artis, оперированные остаются свободными отъ возвратовъ болѣе, чѣмъ въ половинѣ случаевъ. Впослѣдствіи число рецидивовъ понизилось у Kuhnt'а до 20%, или даже менѣе (Браунштейнъ [45]). Рецидивы послѣ эксцизіи объясняются, по Kuhnt'у, или присутствіемъ зернистаго катарра слезно-носовыхъ путей, или тѣмъ, что больной не докончилъ послѣдующаго леченія.

Для нѣкоторыхъ случаевъ трахомы Kuhnt'омъ разработанъ третій видъ операціи—вылущеніе хряща.

По поводу этой операціи въ литературѣ идетъ споръ за пріоритетъ. Нѣкоторые авторы (Boldt) [46]) считаютъ Kuhnt'а твор-

цомъ этой операціи, другіе приписываютъ ее Heisrath'y. Д—ръ L. Pollnow (1907) [47]) привелъ рядъ исторій больныхъ, оперированныхъ Heisrath'омъ за 6—7 лѣтъ до появленія монографіи Kuhnt'a, откуда видно, что Heisrath производилъ уже тогда вылущеніе хряща при трахомѣ. Технически операція производилась Heisrath'омъ, по Pollnow'y, почти также, какъ описана потомъ Kuhn'tомъ. Послѣдній въ своей монографіи указываетъ, что вылущеніе хряща производилось иногда до него—Aetius'омъ, Saunders'омъ (1811), Pope'омъ (1869) и Keyser'омъ (1874), но совершенно иначе, чѣмъ имъ (черезъ кожу вѣка) и съ другими цѣлями (исправленіе entropion, trichiasis). Какъ бы то ни было, не подлежитъ сомнѣнію и ни кѣмъ не оспаривается, что операція вылущенія хряща была Kuhnt'омъ не только усовершенствована, но имъ установлены для нея надлежащія показанія.

Будучи сторонникомъ эксцизіи переходной складки при трахомѣ, Kuhnt не могъ оправдать этой операціи при трахомѣ рубцовой, когда слизистая имѣетъ характеръ рубцовой и свободна отъ инфильтраціи, конъюнктивальный мѣшокъ узокъ, хотя хрящъ еще инфильтрированъ и утолщенъ. Въ этихъ случаяхъ онъ сталъ съ 1894 г. производить вылущеніе только одного хряща, утолщеннаго или искривленнаго, при чемъ не удалялъ ни малѣйшаго куска самой слизистой оболочки. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣлось сильное съуженіе конъюнктивальнаго мѣшка, Kuhnt присоединялъ къ этой операціи пересадку на рану слизистой съ губы. Вылущеніе хряща производилось имъ и при наличности осложненій, сопровождающихъ рубцовую трахому, какъ pannus, entropion trichiasis и др.

Кромѣ указанныхъ случаевъ рубцовой трахомы Kuhnt производилъ вылущеніе хряща и во второмъ стадіи трахомы, когда конъюнктива хряща уже была излечена эксцизіей, или выдавливаніемъ, но самый хрящъ былъ увеличенъ и утолщенъ.

Результаты операціи часто были „прямо поразительны",—получалось быстрое исчезновеніе pannus'a и просвѣтленіе роговой оболочки, entropion и ptosis исправлялись.

Въ 1904 г. въ засѣданіи медицинскаго Общества въ Königsberg'ѣ Kuhnt [44]), въ докладѣ о леченіи позднихъ стадій трахомы, сообщилъ, что за послѣдніе три года вылущеніе хряща въ его клиникѣ производилось въ 11% всѣхъ трахоматозныхъ, при

чемъ никогда не наблюдалось невыгодныхъ послѣдствій отъ операціи, а почти исключительно улучшеніе остроты зрѣнія.

Въ самое послѣднее время, въ сентябрѣ 1908 г., на съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Кельнѣ, Kuhnt [44]) сдѣлалъ докладъ о показаніяхъ къ оперативному леченію трахомы. Изъ краткаго сообщенія, появившагося въ печати по поводу засѣданій съѣзда, видно, что Kuhnt и теперь придерживается только что изложенныхъ взглядовъ на этотъ предметъ. Къ этому нужно еще прибавить, что докладъ его не встрѣтилъ со стороны участниковъ съѣзда возраженій по существу; было, впрочемъ, указано (Grunert), что въ Америкѣ врачи, контролирующіе состояніе здоровья эмигрантовъ, не допускаютъ въ страну лицъ, подвергавшихся эксцизіи переходной складки, такъ какъ не считаютъ ихъ излеченными отъ трахомы ради рубцовъ, остающихся послѣ эксцизіи. Но Kuhnt указалъ, что къ возвращенію эмигрантовъ даютъ поводъ не рубцы, а катарры слизистой оболочки, появляющіеся при неблагопріятныхъ условіяхъ путешествія.

Послѣ опубликованія Kuhnt'омъ его монографіи, съ разныхъ сторонъ стали появляться сообщенія и другихъ авторовъ объ оперативномъ леченіи трахомы.

Casey Wood (1898) [48]) производилъ операцію вырѣзыванія переходной складки и хряща вѣкъ такъ, какъ она описана Kuhnt'омъ и нашелъ, что операція сокращаетъ теченіе трахомы и излечиваетъ осложненія со стороны роговой оболочки.

Hirschberg (1899) [49]) вырѣзывалъ зернистую оболочку при ограниченныхъ разрастаніяхъ, если болѣзнь долго не поддавалась обычнымъ средствамъ.

Многіе другіе врачи стремились усовершенствовать технику операціи, предлагали особые инструменты для производства операціи, видоизмѣняли наложеніе швовъ на рану съ цѣлью предупредить раздраженіе роговой оболочки и под. Такъ N. Cahn (1898), [50]) фиксировавъ лигатурами бульбарную часть раны и удаливъ переходную складку, выводилъ иглы въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ конъюнктивы хряща черезъ подкожную клѣтчатку и кожу, гдѣ и завязывалъ ихъ. Blascowicz (1904 г.) [51]). предлагалъ одно время матрацный шовъ послѣ тарзэктоміи, а позднѣе сталъ проводить швы черезъ всю толщу вѣка и завязывалъ ихъ на кожѣ, во избѣжаніе инфильтратовъ и язвъ на роговой обо-

лочкѣ. Онъ же (1907 г.) предлагалъ эксцизіонный ножъ съ рѣжущимъ брюшкомъ при вертикальной установкѣ ножа для операціи на правомъ глазу.

Pick (1904 г.) [52]) завязывалъ швы такимъ образомъ, чтобы узелъ приходился субконъюнктивально. Д—ръ J. Eisenstein (1908) [53]) предложилъ особый пинцетъ для фиксаціи вывернутаго вѣка при операціяхъ на переходной складкѣ и хрящѣ для тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣется недостатокъ въ ассистентахъ.

Многіе оперировавшіе по способу Kuhnt'a, высказывались въ пользу этого метода для нѣкоторыхъ случаевъ трахомы.

P. Anhuth [54]) (1901) изъ клиники Kuhnt'a считалъ операцію вылущенія хряща показанною при рубцовой трахомѣ. Операція предупреждаетъ и устраняетъ всѣ послѣдствія искривленія хряща, entropion, trichiasis, а также ptosis и излечиваетъ pannus. Изъ осложненій на 301 операцію онъ отмѣтилъ только 1 разъ сильное кровотеченіе и иногда образованіе грануляцій въ области разрѣза.

Boldt (1905) [46]) для позднихъ стадій трахомы также считалъ показаннымъ вылущеніе хряща, такъ какъ тутъ сохраняется слизистая оболочка, а пересадкой съ губы можно исправить уже наступившее сморщиваніе.

Imre (1905 г.) [55]) считалъ вылущеніе хряща хорошимъ средствомъ противъ трихіаза.

Благопріятные отзывы о леченіи трахомы вырѣзываніемъ переходной складки по Galezowzk'ому и Kuhnt'у дали недавно на конгрессѣ по борьбѣ съ трахомой въ Палермо (1906 г.) [56]) Scimemci, A. Raimondi и Alessandro.

Blascowicz L. (1906 г.) [51]) называетъ эксцизію переходной складки операціей благодатной. Въ своемъ трахоматозномъ отдѣленіи въ Будапештѣ онъ сталъ осторожно производить сперва вылущеніе хряща, какъ менѣе опасную операцію; а затѣмъ простую и комбинированную эксцизіи. Результаты были хорошіе и онъ постепенно расширялъ показанія до того, что уже установлено Kuhnt'омъ. За три года онъ произвелъ 23 простыхъ, 171 комбиниров. эксцизій и 165 вылущеній хряща. Оперировалъ въ случаяхъ, гдѣ не было улучшенія послѣ обычнаго длительнаго леченія. Вскорѣ послѣ операціи замѣчалось просвѣтленіе pannus'a и быстрое обратное развитіе инфильтраціи соединительной оболочки. Полное излеченіе наблюдалось въ теченіе отъ 4—6 не-

дѣль. Мало пользы видѣлъ въ случаяхъ, гдѣ при сильномъ кровенаполненіи и гипертрофіи соединительной оболочки выдѣлялся слизисто гнойный секретъ, также въ случаяхъ хронической бленнорреи.

Выгодная сторона эксцизіи хряща, по его мнѣнію, заключается въ исправленіи трихіаза, для чего необходимо вырѣзывать перегибъ хряща, а также въ исправленіи трахоматознаго опущенія вѣка; ограниченіе подвижности вѣка или глазного яблока можетъ появиться только въ случаѣ неправильнаго производства операціи. Въ 10% случаевъ при эксцизіи Blascowicz наблюдалъ болѣе высокое положеніе края вѣка, вслѣдствіе чего глазная щель кажется нѣсколько шире, но это измѣненіе не нарушаетъ приличій въ косметическомъ отношеніи и никогда не достигаетъ значительной степени. Blascowicz объясняетъ эту аномалію сморщиваніемъ рубцовой ткани, увлекающей и мышцы—levator и Мюллеровскую; по объясненію же Kuhnt'a, это зависитъ отъ 1) излишняго вырѣзыванія, 2) отъ удаленія соединительной ткани, прилежащей къ хрящу и представляющей развѣтвленіе levator'a; можетъ быть отъ удаленія волоконъ орбикулярной мышцы и 3) отъ способа наложенія швовъ.

Въ самое послѣднее время были даны новые благопріятные отзывы объ оперативномъ леченіи трахомы. Grönholm Y. (1907) [125]) въ засѣданіи офталмологовъ въ Христіаніи сообщилъ о леченіи трахомы эксцизіей конъюнктивы и хряща; изъ 27-ми оперированныхъ имъ по Kuhnt'y глазъ, 20 остались свободными отъ рецидивовъ. Grönholm примѣнялъ операцію въ случаяхъ рецидивирующихъ и тамъ, гдѣ больной не могъ подвергнуться продолжительному леченію.

Addario C. (1907) [126]) въ 100 случаяхъ произвелъ операцію Kuhnt'a при трахомѣ, захватившей конъюнктиву хряща и самый хрящъ и нашелъ, что этотъ способъ предупреждаетъ различныя осложненія со стороны вѣкъ при трахомѣ и просвѣтляетъ роговую оболочку при pannus'ѣ.

На основаніи литературныхъ данныхъ, въ руководствѣ Czermak'a (1908 г.) [32]) высказывается самый сочувственный отзывъ о леченіи трахомы эксцизіей переходной складки и хряща вѣкъ. Авторъ отмѣчаетъ, что за послѣдніе три пятилѣтія въ этомъ отношеніи образовался большой оперативный опытъ и вмѣстѣ съ этимъ получены бо́льшие успѣхи въ леченіи трахомы. Благодаря

оперативнымъ способамъ, теперь леченіе трахомы ограничивается днями и недѣлями, тогда какъ прежде для этого нужны были недѣли и мѣсяцы; благодаря этимъ способамъ, теперь вѣрнѣе устраняются возвраты болѣзни, осложненія роговой оболочки и меньше становится дурныхъ конечныхъ исходовъ страданія.

2. Критическая оцѣнка оперативнаго леченія трахомы съ точки зрѣнія противниковъ и защитниковъ этого способа.

Послѣ всѣхъ изложенныхъ многочисленныхъ отзывовъ о благопріятномъ вліяніи эксцизіи переходной складки на теченіе трахомы, казалось бы, не должно оставаться на этотъ счетъ никакихъ сомнѣній. Ожидать этого слѣдовало тѣмъ болѣе, что въ подкрѣпленіе благопріятныхъ отзывовъ положенъ обширный опытъ, основанный на тысячахъ эксцизій. Однако, въ литературѣ высказался цѣлый рядъ противниковъ этихъ операцій. Одни изъ нихъ опирались на чисто теоретическія соображенія, другіе на собственный опытъ.

И дѣйствительно, если сама собою напрашивалась мысль удалять ножемъ или ножницами трахоматозныя полиповидныя разрастанія, то удаленіе всей переходной складки, казалось, противорѣчило основнымъ принципамъ терапіи. „Задача всякаго терапевтическаго вмѣшательства, говоритъ Baehlmann, [57]—это возстановить нормальную функцію слизистой оболочки". „Всякая терапія должна стремиться къ тому, чтобы возможно больше щадить конъюнктиву". Понятно поэтому, что уже въ первый періодъ развитія эксцизіи переходной складки (до Galezowsk'аго) нѣкоторые врачи высказывались противъ этого способа леченія трахомы. Они боялись образованія рубцовъ и сращеній послѣ операціи. Такъ, Vetch (1820) [58]) сперва примѣнялъ вырѣзываніе, а потомъ оставилъ изъ за вреда, причиняемаго образованіемъ рубцовъ послѣ изсѣченія; тѣхъ же послѣдствій боялись Lutens и Gouzée (1837) [59]). T. Hairion (1851) [60]) считалъ искривленіе хряща иногда послѣдствіемъ хирургическаго леченія трахомы; по его мнѣнію, вырѣзываніе конъюнктивы и выскабливаніе грануляцій рѣдко приносятъ пользу; напротивъ, эти операціи часто вредны, потому что усиливаютъ воспалительные симптомы и даютъ поводъ къ образованію рубцовъ и сращеній Для подобныхъ опасеній, видимо, были полныя основанія, такъ какъ въ то время

производили частичную эксцизію и встрѣчались больные, подвергавшіеся этой операціи отъ 40—50 разъ.

Впослѣдствіи Heisrath [23]), признавая образованіе поверхностныхъ рубцовъ при повторныхъ эксцизіяхъ, утверждалъ, что это возраженіе не относится къ его эксцизіи, послѣ которой образуется только одинъ рубецъ.

Однако и за этотъ періодъ операціи, послѣ Galezowsk'аго и Heisrath'а, не было недостатка въ суровыхъ отзывахъ по по поводу эксцизіи. Panas [98]) въ 1878 г. высказалъ опасеніе, что черезъ вырѣзываніе большихъ кусковъ слизистой оболочки можетъ произойти сморщиваніе конъюнктивальнаго мѣшка.

Eversbusch O. (1886) [62]) раньше охотно примѣнялъ этотъ способъ леченія трахомы, но на основаніи десятилѣтней практики (1896) оставилъ его и убѣдился, что при хронической трахомѣ, чѣмъ меньше оперировать, тѣмъ лучше; вырѣзываніе же переходной складки—наихудшій методъ вслѣдствіе тяжелыхъ послѣдствій для вѣкъ и глаза отъ укороченія конъюнктивы.

Hotz F. C. (1886) [63]) горячо возставалъ противъ вырѣзыванія переходной складки, такъ какъ при этомъ удаляется необходимая физіологическая часть, а послѣ операціи получаются разстройства движенія вѣкъ и глазнаго яблока, ptosis и обезображиваніе въ косметическомъ отношеніи, хотя бы операція и сокращала теченіе болѣзни. Hotz предпочиталъ лѣчить трахому выдавливаніемъ. „Въ интересахъ многихъ бѣдныхъ трахоматозныхъ больныхъ, говоритъ онъ, слѣдуетъ пожелать, чтобы эта операція никогда не нашла всеобщаго распространенія, такъ какъ къ ней по праву можно примѣнить англійскую поговорку: The cure is worse than the disease*)". Впослѣдствіи сторонники оперативнаго леченія трахомы (Schneller, Kuhnt) обратили вниманіе на то, что такой суровый приговоръ Hotz'а былъ сдѣланъ на основаніи наблюденій за сморщиваніемъ соединительной оболочки послѣ ожоги, что далеко нельзя сравнивать съ операціей. Видѣлъ онъ также одинъ неудачно оперированный кѣмъ то въ Америкѣ случай, что защитникамъ операціи кажется совершенно не доказательнымъ.

---

*) Лѣченіе хуже, чѣмъ самая болѣзнь.

Kenneth Scott (1894) [64]) не видѣлъ преимуществъ отъ хирургическаго леченія трахомы, а Yenneman (1894) [69]) считалъ излишними глубокіе разрѣзы и вырѣзываніе слизистой оболочки.

Clifford H. (1894) [65]) темную сторону хирургическаго леченія трахомы видѣлъ въ рецидивахъ, при чемъ осложненія роговой оболочки, по его наблюденіямъ, при хирургическомъ леченіи чаще, чѣмъ послѣ лѣкарственнаго леченія. По его убѣжденію, хирургическія мѣры не упростили леченія трахомы; врачъ, примѣняющій ихъ долженъ умѣть быстро и энергично лѣчить подобныя осложненія; въ противномъ случаѣ слѣдуетъ лучше примѣнять консервативное леченіе (cuprum sulfuric. и argent. nitric.), которое всегда ведетъ къ улучшенію и излеченію болѣзни.

Противъ оперативнаго леченія высказывались также Schweiger (1893) [66]) Trousseau (1893) [67]) и Crainicean (1896) [68]). Schmidt Rimpler (1897) [70]), хотя и производилъ эксцизію слизистой съ хорошими результатами, но находитъ, что леченіе выдавливаніемъ лучше и не причиняетъ такого вреда, какой ему случалось видѣть послѣ эксцизіи, а рецидивы наступаютъ послѣ того и другого способа.

Hoppe (1898) [71]) произвелъ поголовный осмотръ 272 трахоматозныхъ больныхъ, въ разное время оперированныхъ и убѣдился, что функціональныя разстройства. приписываемыя на основаніи теоретическихъ соображеній этой операціи при правильной техникѣ встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Состояніе глазъ у оперированныхъ вообще производило весьма выгодное впечатлѣніе, но онъ не могъ констатировать, чтобы послѣ хирургическихъ способовъ, сопряженныхъ съ потерей значительныхъ участковъ хряша, всегда и навѣрно достигалось радикальное излеченіе или продолжительное улучшеніе. По Hoppe, изъ оперированныхъ больныхъ здоровыми остались 34,3—47,1%; въ общемъ онъ пришемъ по этому вопросу къ слѣдующимъ выводамъ:

1. „Вырѣзываніемъ переходной складки не достигается стойкаго излеченія при дурныхъ гигіеническихъ условіяхъ.

2. Не сокращается существенно время леченія.

3. Наилучшій результатъ получается у молодыхъ и въ случаяхъ свѣжихъ.

4. Операція не предохраняетъ отъ reinfectio.

5. Не имѣетъ дурныхъ послѣдствій для глаза, но не есть универсальное средство противъ трахомы“.

Raehlmann E. [57]) не столько въ цѣляхъ леченія, сколько для изученія патолого-анатомической картины болѣзни, производилъ частичное изсѣченіе слизистой оболочки и разрастаній въ различныхъ стадіяхъ трахомы, но постоянно съ пользой для глаза; однако вырѣзываніе переходной складки въ томъ видѣ, какъ оно предложено Galezowsk'имъ и Heisrath'омъ, онъ считалъ слишкомъ радикальною мѣрою. Онъ не отрицаетъ, что вырѣзываніе можетъ влiять на обратное разитіе оставшихся фолликуловъ, но если существуетъ настоящая трахома и поражена вся слизистая оболочка, то, по его мнѣнію, болѣзнь этимъ не излѣчивается. Главный же недостатокъ подобнаго леченія Raehlmann усматриваетъ въ томъ, что вмѣстѣ съ фолликулами удаляется и самая ткань конъюнктивы, чѣмъ обусловливается уменьшеніе поверхности слизистой оболочки. Не отрицаетъ онъ также и того, что операція иногда, кромѣ укороченія конъюнктивы, сама по себѣ не вызывала другихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Но онъ полагаетъ, что оперированные такимъ образомъ глаза обладаютъ значительной воспріимчивостью къ вреднымъ вліяніямъ и ихъ нельзя считать вполнѣ здоровыми и нормальными. Кажущееся отсуствіе отрицательныхъ результатовъ операціи доказываетъ, по Raehlmann'y, только то, что „глазъ иногда въ состояніи выдержать терапевтическія злоупотребленія", такъ какъ на самомъ дѣлѣ послѣ изсѣченія должно получиться „уменьшеніе эффекта физіологической дѣятельности секреторнаго органа". Что касается укороченія конъюнктивальнаго мѣшка, то Raehlmann встрѣчалъ случаи, гдѣ послѣ удаленія всей переходной складки глазная щель не могла закрываться. Онъ наблюдалъ distichiasis, entropion и pannus у больныхъ, которымъ раньше было сдѣлано вырѣзываніе переходной складки и думаетъ, что операція была причиной подобныхъ исходовъ.

Кромѣ того, по мнѣнію Raehlmann'a, леченіе трахомы изсѣченіемъ обширныхъ частей слизистой оболочки не основано ни на какихъ анатомическихъ соображеніяхъ: вся слава подобныхъ терапевтическихъ вмѣшательствъ „держится на вѣрѣ въ авторитетъ и ихъ мнимые успѣхи".

Здѣсь умѣстно будетъ привести поддерживаемый нѣкоторыми офталмологами,—то на основаніи клинической картины, то на основаніи гистологическихъ измѣненій,—взглядъ на хроническую трахому, какъ на заболѣваніе конституціональнаго характера

Такъ, д-ръ Bäck [72]) (1900 г.) указываетъ, что трахома часто появляется вмѣстѣ съ другими скрофулезными и экзематозными заболѣваніями глаза; съ другой стороны, типичныя скрофулезныя заболѣванія глаза по клинической картинѣ нерѣдко похожи на трахому; трахома въ юношескомъ возрастѣ, по его мнѣнію, почти всегда появляется у лицъ, имѣющихъ скрофулезный habitus. Отсюда д—ръ Bäck заключаетъ, что существуетъ большая причинная связь между трахомой и скрофулезомъ. Casalis [73]) и Truc [74]) считаютъ скрофулезъ почвой, предрасполагающей къ заболѣванію трахомой; различнаго рода раздражители могутъ вызвать у лицъ предрасположенныхъ зернистое или фолликулярное воспаленіе глаза. По мнѣнію проф. Шимановскаго (1904 г.) [75]) также не существуетъ трахомы, какъ особенной заразной болѣзни, трахома—только отраженное явленіе на раздраженіе слизистой оболочки зѣва и носа, или результатъ любого раздражителя, когда онъ дѣйствуетъ продолжительное время, въ особенности, если онъ забирается, напр., въ сильно развитыя железы Henle. Подобную же мысль еще раньше поддерживалъ д—ръ Т. Ѳедоровъ (1896) [124]).

Придерживаясь такого взгляда на трахому, также трудно оправдать цѣлесообразность хирургическаго способа леченія этой болѣзни. Оперативное леченіе, по мнѣнію д—ра Bäck'а, также, впрочемъ, какъ и медикаментозная терапія не могутъ излечить, или уничтожить трахому.

Къ этому нужно еще добавить, что трахоматозная конъюнктива по гистологической картинѣ съ гиперплязіей ея аденоиднаго слоя напоминаетъ гиперплязированныя глоточныя, или нёбныя миндалины (инфильтрація эпителія лейкоцитами, фолликулы, крипты) и по отношенію къ ней могутъ быть примѣнены нѣкоторые изъ тѣхъ взглядовъ, какіе высказаны были на значеніе для организма миндалинъ. (Störh [76]), Hendelsohn [77]), Görke [78]) и др.). Какъ извѣстно, одни смотрятъ на миндалины, какъ на входныя ворота для всякаго рода заразы; крипты ихъ легко загрязняются, здѣсь задерживаются возбудители болѣзней.

Другіе, напротивъ, смотрятъ на миндалины, какъ на органъ защитительный —здѣсь происходитъ новообразованіе лимфоидныхъ элементовъ, постоянное орошеніе поверхности миндалинъ лимфатической жидкостью; благодаря этому механически удаляются попадающія сюда инородныя тѣла и убиваются возбудители

инфекціи бактерицидной жидкостью; благодаря криптамъ гиперлазированныхъ миндалинъ увеличивается ихъ защитительная поверхность. Такимъ же точно образомъ можно смотрѣть и на гиперплазію аденоиднаго слоя конъюнктивы при трахомѣ, какъ на реакцію организма съ цѣлью самозащиты противъ какого то раздражителя. Съ этой точки зрѣнія вырѣзываніе переходной складки также, конечно, можетъ казаться мѣрой нераціональною.

Чтобы покончить со взглядами противниковъ операціи, слѣдуетъ упомянуть еще два сообщенія по этому вопросу. Feuer (1899) [79], устанавливая показанія для эксцизіи при трахомѣ отмѣтилъ, что самъ никогда не нуждался въ этой операціи и предпочиталъ лѣкарственныя средства съ выдавливаніемъ. Falta M. (1900) [80]) дѣлалъ вырѣзываніе переходной складки только въ рѣдкихъ случаяхъ, если не помогало другое леченіе, а обыкновенно, примѣняя обтираніе сулемой, получалъ лучшіе результаты (85% излеченія, 10% рецидивовъ), чѣмъ Kuhnt по своему способу (50% рецидив.).

Сущность взглядовъ, какіе высказаны были противниками операціи, сводится такимъ образомъ къ слѣдующему:

1. При эксцизіи переходной складки вмѣстѣ съ больной удаляется и здоровая ткань конъюнктивы.

2. Удаляется необходимая физіологическая часть, что ведетъ къ нарушенію секреторной дѣятельности конъюнктивы.

3. Операція приводитъ къ a) укороченію конъюнктивальнаго мѣшка, къ сморщиванію его;

b) вызываетъ функціональныя нарушенія въ отношеніи подвижности глазного яблока и вѣкъ (ptosis или lagophtalmus) и аномаліи въ положеніи рѣсничнаго края вѣкъ (entropion, trichiasis).

4. Послѣ эксцизіи, глазъ обладаетъ повышенной воспріимчивостью къ вреднымъ вліяніямъ, вслѣдствіе чего операція не предохраняетъ отъ рецидивовъ, повторнаго зараженія и располагаетъ къ осложненіямъ со стороны роговой оболочки.

5. Операція не даетъ стойкаго излеченія.

6. Не укорачиваетъ времени леченія.

7. Обезображиваетъ въ отношеніи косметическомъ.

Сторонники чисто оперативнаго леченія трахомы не могли, конечно, оставить безъ отвѣта всѣ эти упреки.

и Kuhnt [44]), и другiе защитники оперативнаго леченiя не отрицаютъ, конечно, что при эксцизiи удаляется отчасти и здоровая ткань конъюнктивы; но, по ихъ мнѣнiю, лучше пожертвовать маленькой частью ткани въ интересахъ быстраго и окончательнаго излеченiя, чѣмъ имѣть дѣло съ многолѣтней болѣзнью и ея осложненiями. Kuhnt охотно допускаетъ, что эксцизiя переходной складки позволительна только до тѣхъ поръ, пока столь же хорошiй результатъ не будетъ полученъ другимъ способомъ, безъ пожертвованiя даже ничтожнымъ кускомъ ткани, но пока эта цѣль не достигнута. Къ тому же, при всѣхъ обычныхъ средствахъ, говорятъ сторонники операцiи, трахома не излечивается такъ, чтобы соединительная оболочка сохранилась въ цѣлости. Потеря небольшой части соединительной оболочки не причиняетъ вреда глазу (Elschnig [30]) и др.), а удаленiе части здоровой ткани имѣетъ такое же значенiе, какъ разрѣзъ въ здоровыхъ частяхъ при экстирпацiи злокачественныхъ опухолей (Л е в е н с о н ъ) [81]).

Для рѣшенiя вопроса о влiянiи на секреторную дѣятельность конъюнктивы эксцизiи переходной складки въ связи съ удаленiемъ хряща, Kuhnt обращаетъ вниманiе на тѣ измѣненiя, какiя претерпѣваетъ обыкновенно хрящъ при хронической трахомѣ. Въ хрящѣ сперва появляется простая гиперэмiя, которая потомъ переходитъ въ диффузную инфильтрацiю и достигаетъ иногда чрезвычайныхъ размѣровъ. Хрящъ утолщается вдвое, втрое противъ нормы. Иногда эта инфильтрацiя развивается обратно, но чаще въ исходѣ ея является: 1) сморщиванiе хряща до узкаго валика; 2) объизвествленiе и искривленiе съ его послѣдствiями (entropion, trichiasis); 3) размягченiе, приводящее къ распаду, тканевому некрозу или образованiю маленькихъ абсцессовъ. Принимая все это во вниманiе, Kuhnt заключаетъ, что удаленiе куска болѣзненно измѣненнаго хряща, едвали будетъ вредно для глаза. Напротивъ, благодаря эксцизiи хряща, больной избавляется отъ опасности аномалiй въ положенiи вѣка и осложненiй со стороны роговой оболочки. Удаленiе же Мейбомiевыхъ железъ не имѣетъ большого значенiя, такъ какъ онѣ въ теченiи трахомы искривляются, атрофируются и не могутъ нести никакой физiологической функцiи.

Укороченiе и сморщиванiе конъюнктивальнаго мѣшка, большей или меньшей степени, говорятъ защитники оперативнаго

леченія, получается и послѣ другихъ способовъ леченія; послѣ умѣренной эксцизіи это укороченіе, по Kuhnt'у, едва лишь превосходитъ то, которое получается послѣ лѣкарственнаго и механическаго леченія.

Уменьшая путемъ операціи конъюнктивальный мѣшокъ, мы, по мнѣнію Fossius'а [35]), только ускоряемъ естественный исходъ болѣзни, къ которому стремится сама природа; трахома роковымъ образомъ, не смотря на леченіе, приводитъ къ сморщиванію соединительной оболочки, къ искривленію вѣкъ съ его послѣдствіями для роговой оболочки. Благодаря операціи, конъюнктивальный мѣшокъ укорачивается, но за то задерживаются или устраняются вредныя послѣдствія болѣзни для роговой оболочки.

Опаснаго укороченія конъюнктивальнаго мѣшка, которое угрожало бы подвижности глазного яблока, не получается послѣ операціи благодаря тому, что больная конъюнктива гипертрофирована, утолщена въ нѣсколько разъ, сравнительно съ нормой. Если отъ нормальной соединительной оболочки безъ вреда для глаза можно удалять 4 mm. по ширинѣ на верхнемъ и 2.5 mm на нижнемъ вѣкѣ, то для больной конъюнктивы это допустимо въ предѣлахъ втрое—вчетверо большихъ. (Schneller) [27]). Сверхъ того, при оперированіи по Kuhnt'у мѣсто резекціи конъюнктивы и хряща закрывается соединительной оболочкой глазного яблока. Конъюнктива же вѣка, а глазного яблока въ особенности, эластична, уступчива; со временемъ она образуетъ „вполнѣ функціонирующую новую переходную складку, которая отъ прежней отличается только тѣмъ, что менѣе складчата, ровнѣе, но которая со временемъ еще болѣе растягивается и часто совершенно не отличается отъ нормальной". (Pfalz., Czermak) [32]). Благодаря той же эластичности конъюнктивы, впослѣдствіи и рубецъ, на мѣстѣ эксцизіи,—не можетъ вызвать заворота вѣкъ. Линейный, черезъ нѣсколько недѣль едва замѣтный, рубецъ не можетъ пересилить противодѣйствія вѣка, онъ долженъ скорѣе увлекать конъюнктиву глазного яблока, чѣмъ хрящъ. (Veszely C.) [40]). Во избѣжаніе подобнаго осложненія, по общему признанію всѣхъ авторовъ, никогда не слѣдуетъ вырѣзать бульбарную часть конъюнктивы.

По мнѣнію Czermak'а [32]), теперь, когда уже сотни трахоматозныхъ лѣчились различными операторами и достаточно наблюдались, нечего опасаться различныхъ функціональныхъ нарушеній послѣ эксцизіи со стороны подвижности вѣкъ и глазного

яблока, entropion, ptosis и пр. Всѣ относящіяся сюда возраженія—чисто теоретическаго характера.

Что касается всѣхъ другихъ возраженій противъ эксцизіи (непрочность получаемыхъ результатовъ и пр. пункт. 4, 5 и 6), то несомнѣнно, что хотя поклонники этого способа леченія трахомы опираются на большой опытъ, все же необходимы новыя изслѣдованія и продолжительныя наблюденія. Убѣжденіе въ крайней рискованности чисто оперативнаго леченія трахомы глубоко вкоренилось, до послѣдняго времени проводится въ самыхъ распространенныхъ руководствахъ и поддерживается столь авторитетными офталмологами, какъ E. Fuchs [82]) и Saemisch [83]).

Первый (1897) изъ нихъ по поводу эксцизіи говоритъ слѣдующее: „самый радикальный способъ (леченія трахомы) вырѣзываніе переходныхъ складокъ—никуда не годится, потому что на всегда оставляетъ укороченіе соединительной оболочки".

Saemisch (1904) теплую рекомендацію эксцизіи переходной складки со стороны выдающихся офталмологовъ объяснялъ тѣмъ, что имъ приходилось работать въ мѣстахъ съ эндемически распространенной трахомой, гдѣ требовались болѣе энергическія врачебныя мѣропріятія, чѣмъ въ другихъ мѣстностяхъ, гдѣ трахома развита слабѣе. Самъ онъ называетъ эксцизію—ultima ratio терапіи и говоритъ, что въ Боннской клиникѣ ни разу не видѣлъ нужды для примѣненія этой операціи, а „встрѣчалъ лицъ, оперированныхъ въ другомъ мѣстѣ,—въ печальномъ состояніи, особенно вслѣдствіе укороченія конъюктивальнаго мѣшка, недостаточнаго закрытія вѣкъ и вслѣдствіе этого—сильнаго помутнѣнія ксеротичной роговой оболочки".

3. Оперативное леченіе трахомы въ Россіи (эксцизіей переходной складки и хряща).

Не смотря на то, что Россія по количеству трахоматозныхъ больныхъ занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ, количествомъ слѣпыхъ отъ трахомы превосходитъ многія другія страны, не смотря на то, что борьба съ трахомой составляетъ одну изъ насущныхъ задачъ русской медицины, чисто оперативные способы, излѣчивающіе трахому, по заявленію ихъ сторонниковъ, быстро и окончательно, не пользуются въ Россіи популярностью, если

судить по литературнымъ даннымъ;—сообщеній о леченіи трахомы эксцизіей переходной складки у насъ мало.

Частичное вырѣзываніе переходной складки, не какъ методъ леченія, а какъ сопутствующее средство при другихъ способахъ леченія и въ цѣляхъ изученія гистологіи трахомы примѣнялъ иногда Е. Мандельштаммъ [84]). Онъ исходилъ при этомъ изъ того наблюденія, что рубцы переходной складки вообще мало вредны,—не они обусловливаютъ неправильное положеніе вѣкъ, а тѣ рубцы, которые образуются на краю вѣкъ. Кусочки слизистой оболочки онъ вырѣзывалъ изъ переходной складки ножницами и не только безъ вреда, но при сильныхъ разрастаніяхъ съ большой пользой (1883).

Въ своихъ „Клиническихъ лекціяхъ по глазнымъ болѣзнямъ" онъ также рекомендовалъ при большихъ разращеніяхъ удаленіе грануляцій ножницами, но „ввести въ способъ леченія вырѣзываніе всей переходной складки, какъ это совѣтуютъ Галензовскій и другіе" онъ, на основаніи собственнаго опыта, считалъ „мѣрою варварскою, ненужною, могущей повести за собою образованіе глубокихъ рубцовъ и не имѣющей при томъ болѣе благотворнаго вліянія на ходъ болѣзни, чѣмъ обыкновенный (лѣкарственно-механическій) способъ" (1888 г.).

Около того же времени Н. Неуйминъ (1886) [85]) сдѣлалъ сообщеніе о сравнительныхъ результатахъ леченія трахомы фармацевтическими средствами и хирургическими пріемами. Онъ имѣлъ подъ наблюденіемъ 152 человѣка больныхъ трахомою и въ числѣ другихъ способовъ примѣнялъ вырѣзываніе переходной складки, шириною въ 5—8—10 mm., иногда съ заднимъ краемъ хряща, но меньшихъ размѣровъ, чѣмъ по Heisrath'у и Richter'у. Переходная складка послѣ эктропинизаціи вѣка захватывалась пинцетомъ Galezowsk'аго и отрѣзывалась искривленными по плоскости ножницами; швы не накладывались; рана заживала per granulationem. Реакція послѣ операціи выражалась въ отекѣ и кровоподтекѣ кожи вѣкъ и черезъ 2—3 недѣли проходила; получался гладкій линейный рубецъ. Глазная щель казалась нѣсколько шире и верхнее вѣко болѣе приподнятымъ, чѣмъ до операціи; одинъ разъ онъ получилъ symblepharon anterius на небольшомъ пространствѣ. Д—ръ Неуйминъ на основаніи своего опыта пришелъ къ убѣжденію, что вырѣзываніе переходной складки показано и ничѣмъ не замѣнимо въ формахъ трахомы, не

поддающейся выдавливанію, сильно развитой сосочковой; эксцизія хорошо дѣйствуетъ также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ переходная складка диффузно инфильтрирована и воскоподобна.

Въ виду хорошихъ результатовъ механо-хирургическаго леченія трахомы Неуйминъ удивлялся, что оперативное леченіе трахомы предано почти полному забвенію и такъ рѣдко примѣняется. Д-ръ А. И. Пѣуновъ (1888) [88]) примѣнялъ вырѣзываніе трахоматозныхъ зеренъ съ подлежащей соединительной оболочкой и получалъ хорошій результатъ, но потомъ оставилъ этотъ способъ какъ самостоятельный, по причинѣ его болѣзненности и вслѣдствіе уменьшенія конъюнктивальнаго мѣшка, къ чему ведетъ этотъ способъ. Срочинскій (1892) [89]) считалъ вырѣзываніе переходной складки полезнымъ во второмъ періодѣ трахомы; нѣсколько разъ оперировалъ по Heisrath'у и не получалъ ни ptosis, ни ограниченія подвижности глаза. Въ послѣдующее время частичное вырѣзываніе переходной складки практиковалось у насъ нѣкоторыми врачами (Кацауровъ, [86]) Шредеръ) [87]) но не систематически, а болѣе или менѣе случайно, при сильно гипертрофированной и выпячивающейся переходной складкѣ.

Большимъ поклонникомъ эксцизіи переходной складки, какъ самостоятельнаго способа леченія трахомы, явился у насъ д—ръ Л. Л. Блументаль (1897). [90]). На основаніи наблюденій въ теченіе 6-ти лѣтъ и болѣе, чѣмъ надъ двумя тысячами больныхъ онъ нашелъ, что „этотъ способъ превосходитъ всѣ до сихъ поръ извѣстные“. По его наблюденіямъ, операція въ особенности даетъ блестящій результатъ, если [1]) трахома локализируется лишь на верхней переходной складкѣ. Здѣсь онъ ограничивался вырѣзываніемъ только переходной складки или кромѣ того узкой полоски хряща. 2) Если образовались грануляціи на конъюнктивѣ хряща, то и при этомъ эксцизія свода дѣйствуетъ хорошо; зерна онъ рекомендовалъ выскабливать тогда острой ложкой. 3) Считалъ показанной операцію въ случаяхъ blepharitis ciliaris и ulcerosa, съ припуханіемъ переходныхъ складокъ и не поддающихся обычному леченію. 4) Блументаль считалъ допустимой операцію и въ рубцовомъ періодѣ трахомы, если переходная складка имѣетъ студенисто припухлый видъ. 5) Если конъюнктива хряща вся покрыта зернами, или они уже начали изъязвляться, то вырѣзываніе одной только переходной складки недостаточно,—необходимо вырѣзать возможно большую часть хряща вмѣстѣ съ покрывающей

его конъюнктивой. Вырѣзываніе хряща (около $^3/_4$ его) онъ производилъ главнымъ образомъ вверху (отъ нижняго хряща только узкую полоску). 6) Увлеченіе д—ра Блументаля операціей было такъ велико, что онъ считалъ эксцизію переходной складки заслуживающей вниманія и въ случаѣ жалобъ больныхъ на быстрое утомленіе глазъ при занятіяхъ, на слезотеченіе, на необычную чувствительность къ пыли, дыму и пр., при чемъ объективно у нихъ находимы были только опухшія переходныя складки—предвѣстникъ трахомы, но не настоящая трахома.

Въ остромъ стадіи трахомы онъ не рекомендовалъ этой операціи, развѣ только въ томъ случаѣ, когда болѣзнь угрожаетъ роговой оболочкѣ, а обычныя средства не помогаютъ.

Вырѣзываніе переходной складки д—ръ Блументаль производилъ согласно указаніямъ Yossius'а, но швы накладывалъ на рану очень рѣдко, такъ какъ накладывать ихъ очень трудно, особенно на твердомъ хрящѣ, гдѣ нитки прорѣзываютъ ткань; кромѣ того швы вызывали сильное раздраженіе глаза и слущиваніе эпителія роговой оболочки. Швы онъ накладывалъ только при большой эксцизіи и въ случаяхъ сильнаго артеріальнаго кровотеченія.

Во избѣжаніе рецидивовъ, вмѣстѣ съ верхней переходной складкой удалялась и нижняя.

Появляющіяся въ ранѣ грануляціи нисколько не вредятъ, по наблюденіямъ Блументаля, успѣху операціи; подождавъ, пока онѣ разовьются, онъ удалялъ ихъ ножницами. Д—ръ Блументаль былъ чрезвычайно доволенъ результатами операціи. Конъюнктива, усѣянная до операціи изъязвленными и распавшимися зернами, мѣсяца черезъ два послѣ вырѣзыванія переходной складки принимала постепенно нормальный видъ; притянутая конъюнктива bulbi образовывала новую мягкую и гибкую переходную складку. Въ концѣ концовъ получалась чуть не нормальная соединительная оболочка съ едва замѣтнымъ, въ видѣ тонкой полоски, рубцомъ. Эксцизія вліяла на обратное развитіе pannus'а лучше всѣхъ другихъ способовъ леченія.

Но въ случаяхъ тяжелыхъ, и послѣ вырѣзыванія переходной складки наблюдались иногда рецидивы. Блументаль находилъ, однако, что рецидивы въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ была произведена эксцизія, устраняются легче, чѣмъ въ случаяхъ не оперированныхъ.

Послѣ эксцизіи д-ръ Блументаль никогда не наблюдалъ образованія заворота, а иногда „нѣчто въ родѣ ptosis", „но во пер-

выхъ въ слабой степени, а во вторыхъ такіе случаи были очень рѣдки".

Самая непріятная сторона операціи, по его мнѣнію, въ сильной болѣзненности, не смотря на впусканіе крѣпкихъ растворовъ кокаина; онъ замѣтилъ, что и подконъюнктивальныя впрыскиванія мало дѣйствительны; общій же наркозъ неудобенъ потому, что сопровождается закатываніемъ глазного яблока кверху, чѣмъ затрудняется операція въ верхнемъ сводѣ.

Въ конечномъ выводѣ, на основаніи своихъ наблюденій, Блументаль пришелъ къ слѣдующему заключенію:

1) Хроническая трахома излечивается въ настоящее время только хирургическимъ путемъ.

2) Вырѣзываніе переходной складки, а иногда и хряща, заслуживаетъ большаго вниманія офталмологовъ.

Не смотря на столь сочувственный отзывъ д-ра Блументаля объ эксцизіи переходной складки, этотъ методъ леченія трахомы не прививался въ Россіи. Позднѣе д-ръ Лебедевъ (1899 г.) [91]) вырѣзываніе переходной складки ножницами называлъ прямо варварскимъ способомъ, который уже отжилъ свое время и противорѣчитъ основному положенію леченія—по возможности менѣе образовывать послѣдующіе рубцы.

Недовѣріе къ этому способу проскальзывало также и въ „Вѣстникѣ Офталмологіи" того времени. Такъ, въ одной изъ книжекъ журнала за 1900-й годъ, изложивъ статью Feuer'а, въ которой былъ затронутъ вопросъ объ эксцизіи, референтъ замѣчаетъ, что „безпристрастному наблюдателю не разъ приходилось имѣть дѣло съ тѣмъ болѣе отчаянными случаями, чѣмъ болѣе жестокія мѣропріятія противъ этой несчастной оболочки предпринимали врачи". (В. Офт. [93])

Тѣмъ не менѣе въ послѣдніе годы было сдѣлано нѣсколько сообщеній объ эксцизіи переходной складки врачами, получившими хорошіе результаты.

Д—ръ Н. А. Канъ (1901) [92]), въ виду того, что черный шелкъ вызываетъ значительное раздраженіе, а кэтгутъ и на 5-й день остается твердымъ и тоже вызываетъ жалобы на нестерпимое треніе въ глазу, предлагалъ накладывать швы такимъ образомъ, чтобы на соединительной оболочкѣ приходилась петля, а узелъ на вѣкахъ.

Б. Левенсонъ (1902 г.)[81]) произвелъ 120 вырѣзываній переходной складки, много разъ видѣлъ эту операцію (впервые у Блументаля) и нашелъ, что она значительно сокращаетъ срокъ леченія и даетъ лучшіе результаты, чѣмъ способы лѣкарственные и механическіе, но отъ возратовъ болѣзни не предохраняетъ. Ему казалось только, что послѣ операціи промежутки между рецидивами болѣе продолжительны, чѣмъ при лѣкарственномъ леченіи. Самую операцію д—ръ Левенсонъ производилъ такимъ образомъ: послѣ инъэкціи кокаина вытягивалъ переходную складку двумя пинцетами или пинцетомъ Galezowsk'аго и ножницами удалялъ ее, захватывая иногда и верхній край хряща. По примѣру Блументаля, швовъ на рану онъ не накладывалъ. Изъ осложненій наблюдалъ незначительное опущеніе верхняго вѣка, которое однако не мѣшало зрѣнію.

Д-ръ И. Гинзбургъ (1901)[94]) считаетъ недостаточными однѣ лѣкарственныя средства при борьбѣ съ трахомой и высказывается за необходимость примѣненія механическихъ, механохирургическихъ, или чисто хирургическихъ способовъ леченія трахомы. По его мнѣнію, эксцизію нужно производить послѣ того, какъ другое леченіе не дало быстрыхъ положительныхъ результатовъ и только на взрослыхъ, такъ какъ мы не знаемъ, можетъ ли конъюнктива послѣ эксцизіи приспособиться впослѣдствіи къ растущему глазу и не произойдетъ ли отъ этого какихъ либо неудобствъ черезъ нѣсколько лѣтъ.

Въ упорныхъ случаяхъ трахомы, гдѣ ничто не помогало, д-ръ Струцинскій (1899 г.)[95]) также предпринималъ вырѣзываніе переходной складки ножницами во всю длину вѣка и получалъ хорошіе результаты.

Лурія Я. (1903)[96]) предлагалъ вырѣзывать не переходную складку, а тяжи воспалительно инфильтрированной ткани, которые идутъ отъ соединительной оболочки ко хрящу и къ сухожилію мышцы, поднимающей верхнее вѣко: послѣ разрѣза конъюнктивы, эти тяжи захватываются пинцетомъ и удаляются ножницами, при сохраненіи соединительной оболочки; рана зашивается. Онъ убѣдился, что при этомъ способѣ леченіе трахомы также сокращается.

Д—ръ А. Лаврентьевъ, описывая состояніе оперативныхъ пріемовъ въ различныхъ заграничныхъ глазныхъ клиникахъ (В. Мед. Журн. 1892 г.), высказался однако отрицательно по отношенію

къ эксцизіи переходной складки, такъ какъ послѣ этой операціи остаются грануляціи на хрящѣ и въ углахъ свода конъюнктивы, а рубцы получаются больше, чѣмъ послѣ трахомы. Въ клиникѣ Galezowsk'аго и другихъ, гдѣпримѣнялся этотъ способъ, онъ наблюдалъ послѣ вырѣзыванія переходной складки ectropion и symblepharon.

Д-ръ Е. П. Браунштейнъ[45]) въ 1904 г. сообщилъ о результатахъ оперативнаго леченія трахомы, примѣнявшагося имъ въ теченіе одного года. Оперировалъ онъ по способу Kuhnt'a и произвелъ у 86 челов. 188 эксцизій—78 разъ простую, 110 разъ комбинированную и кромѣ того 2 раза вылущеніе гипертрофированнаго хряща. Операціи производились при трахомѣ средней и тяжелой интенсивности, если процессъ не поддавался лѣкарственнымъ и и механическимъ средствамъ; какихъ либо осложненій иаблюдать ему не приходилось—ни нагноенія роговой оболочки, ни осложненія раны, ptosis или ограниченія подвижности глазного яблока. Иногда наблюдались тонкія отдѣльныя перемычки, идущія къ конъюнктивѣ глазного яблока, но не отражались на подвижности глазного яблока. Полное излѣченіе получено было имъ въ 40 случаяхъ, остальные продолжали долѣчиваться, но и у нихъ замѣчалось значительное улучшеніе.

Для послѣдующаго леченія оперированные оставались на 6—8 недѣль, а иные отпускались черезъ 2 недѣли. Операціи вызывали прекращеніе отдѣленія изъ конъюнктивальнаго мѣшка, заживленіе инфильтратовъ и язвъ роговой оболочки, исчезновеніе pannus'a и просвѣтленіе роговой оболочки.

Д-ръ Браунштейнъ полагалъ, что если оперативное леченіе будетъприменяться у насъ шире и своевременно, то рѣже будутъ встрѣчаться запущенныя формы трахомы, а современемъ и совсѣмъ исчезнутъ. Однако, для окончательнаго рѣшенія вопроса о значеніи оперативнаго леченія, по мнѣнію Браунштейна, нужны продолжительныя клиническія наблюденія надъ оперироваными больными. На основаніи своихъ наблюденій онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: „Оперативные способы леченія служатъ прекраснымъ средствомъ въ борьбѣ съ трахомой. Они примѣнимы при хронической формѣ трахомы, когда лѣкарственное и механическое леченіе не привело къ цѣли, но нуждаются въ подспорьѣ другихъ методовъ леченія, какъ массажъ, выдавливаніе, насѣчки и лѣкарственное леченіе. Оперативное леченіе значитель-

но сокращаетъ теченіе болѣзни и даетъ возможность въ относительно короткое время сдѣлать больного трудоспособнымъ".

Сообщеніе д-ра Браунштейна обсуждалось въ офталмологической секціи IX Пироговскаго съѣзда врачей[97]) и здѣсь выяснилось, на сколько еще не установились также и взгляды русскихъ врачей на этотъ предметъ. Такъ, д-ръ Шеръ полагалъ, что „широкая пропаганда предлагаемаго оперативнаго метода леченія трахомы для среднихъ и тяжелыхъ формъ въ одинаковой степени преждевременна; еще мало прошло времени для того, чтобы судить о послѣдствіяхъ операціи". Д-ръ Ивановъ, напротивъ, находилъ, что желательно испробовать методъ Kuhnt'a возможно большему числу лицъ.

Д-ръ Чемолосовъ произвелъ нѣсколько эксцизій съ хорошими результатами; д-ръ Выгодскій, на основаніи собственныхъ случаевъ и видѣнныхъ въ Кенигсберской клиникѣ, находилъ, что „нельзя не пожелать этимъ операціямъ возможно широкаго распространенія". Напротивъ, Рейнгарду приходилось бороться съ дурными послѣдствіями операцій по Kuhnt'у и онъ рекомендовалъ только вылущеніе хряща. Проф. Беллярминовъ полагалъ, что способъ Kuhnt'a не можетъ быть подходящимъ для всѣхъ формъ трахомы,—среднія и легкія формы поддаются обычнымъ средствамъ, тяжелыя же формы встрѣчаются у насъ рѣдко. Проф. Лобановъ противорѣчивыя мнѣнія по поводу этихъ операцій объяснялъ тѣмъ, что въ Россіи послѣднія мало примѣняются.

4. Мнѣнія, приводимыя въ объясненіе лечебнаго дѣйствія эксцизіи конъюнктивы и хряща вѣкъ.

Если взгляды клиницистовъ на пользу оперативныхъ способовъ леченія трахомы значительно расходятся, то не менѣе разнорѣчивы также мотивы, въ силу коихъ предпринимается эксцизія слизистой оболочки защитниками этой операціи.

Въ древности мясистыя разращенія на конъюнктивѣ удалялись, какъ нѣчто постороннее, заключающее въ себѣ самое существенное для болѣзни; позднѣе стали приписывать извѣстное значеніе кровеизвлеченію, сопровождающему эксцизію.

Galezowski[19] вырѣзывалъ переходную складку съ ея железами потому, что здѣсь зерна появляются впервые и всего

многочисленнѣе, здѣсь держатся упорно и дольше, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. По мнѣнію Panas'a [61]) вліяніе операціи обусловливается не тѣмъ, что удаляются нѣкоторыя слизистыя железы, какъ думалъ Galezowski, а тѣмъ, что она вызываетъ воспалительную реакцію подобно тому, какъ при леченіи pannus'a и грануляцій бленнорройнымъ секретомъ. Та же мысль поддерживалась и д—ромъ Блументалемъ [90]) въ его работѣ для объясненія вліянія эксцизіи на pannus.

По мнѣнію Heisrath'a [23]), трахоматозныя разрастанія слизистой оболочки дѣйствуютъ, какъ инородное тѣло,—они сами по себѣ способны поддерживать хроническое воспаленіе; поэтому удаленіе ихъ имѣетъ существенное значеніе, тѣмъ болѣе, что устраняется не просто инородное тѣло, а часть болѣзненныхъ образованій. Что касается хряща, то и Heisrath и Richter [28]) удаляли его въ виду присутствія въ немъ тяжелыхъ патологическихъ измѣненій. Не тронутыя операціей болѣзненныя измѣненія на слизистой улучшаются благодаря реактивному послѣ операціи воспаленію, какъ при инъэкціи бленнорройнаго секрета. Это послѣднее приводитъ ткань въ состояніе разрыхленія и, съ исчезновеніемъ воспаленія, легче происходитъ также и разсасываніе болѣзненныхъ продуктовъ.

Schneller [27]) для объясненія благодѣтельнаго вліянія эксцизіи на трахому конъюнктивы и трахоматозныя осложненія роговицы придавалъ большое значеніе кровеноснымъ и лимфатическимъ сосудамъ, которыми такъ богата переходная складка. Благодаря повышенному питанію и обилію складокъ эта часть соединительной оболочки является первымъ и преимущественнымъ мѣстомъ развитія фолликуловъ. Между различными пластинками сухожилія levator'a, или между ними и его фасціей расположены артеріальное и венозное кольцо, отъ котораго идутъ вѣтви къ соединительной оболочкѣ. Въ этой области также многочисленны и широки лимфатическіе сосуды соединительной оболочки. Вмѣстѣ съ эксцизіей соединительной оболочки удаляются и сосуды; питаніе соединительной и роговой оболочки отъ этого не страдаетъ, но уменьшеніе питательнаго матеріала можетъ дать поводъ къ обратному развитію непрочныхъ патологическихъ новообразованій, къ каковымъ относятся трахоматозныя зерна. Уменьшеніе притока питательнаго матеріала можетъ повести такке къ погибели и микроорганизмовъ, если таковые вы-

зываютъ болѣзнь. Уменьшеніе сосудовъ благопріятно вліяетъ и на воспаленный хрящъ. Вліяніе операціи на pannus роговой оболочки объясняется тѣмъ, что сосуды переходной складки стоятъ въ тѣсной связи съ сосудами limbus corneae, питающими роговую оболочку.

Переходная складка представляетъ „Sammelbasis" инфекціонной матеріи; благодаря рыхлости, обилію кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ въ ней легче удерживается заразное начало. Съ удаленіемъ переходной складки,—конъюнктиву легче дезинфецировать и исчезаетъ возможность новой инфекціи.

По Kuhnt'у[44]) лечебное дѣйствіе эксцизіи объясняется тѣмъ, что операціей удаляется радикально, однимъ ударомъ, переходная складка—это Prädilektionsstelle für Ansiedelung der erregenden Mikroben, главный очагъ болѣзни. Благодаря этому, предупреждается вторичное утолщеніе хряща, которое съ теченіемъ времени можетъ пережить страданіе самой слизистой оболочки. Поэтому то иногда остающіяся части улучшаются при леченіи обыкновенными медикаментозными средствами, которые раньше не приносили пользы. Въ легкихъ случаяхъ операціей устраняется весь больной участокъ.

Послѣопераціонный рубецъ образуетъ какъ бы предохранительный валъ, который препятствуетъ переходу болѣзни на конъюнктиву bulbi и на роговую оболочку. Широкому плотному рубцу приписывали значеніе такой преграды и нѣкоторые другіе авторы (Блументаль, Schneller). Дѣйствіе операціи вылущенія хряща на осложненія со стороны роговой оболочки Kuhnt объясняетъ тѣмъ, что здѣсь удаляется дегенерированная ткань какъ причина этихъ осложненій и заворота вѣкъ. „Но, говоритъ Kuhnt, вполнѣ удовлетворительное объясненіе, почему исчезаетъ pannus послѣ удаленія переходной складки, одной, или съ хрящемъ, или одного только хряща, я могу столь же мало дать, какъ и остальные защитники эксцизіи".

Нѣкоторыя изъ приведенныхъ объясненій касательно дѣйствія эксцизіи, едва ли можно принять въ настоящее время полностію. Такъ, теорія воспалительной реакціи теперь въ огромномъ большинствѣ случаевъ мало приложима для объясненія дѣйствія операціи, такъ какъ при производствѣ послѣдней по способу Kuhnt'а воспалительная реакція сводится до minimum'а. Если воспалительныя явленія прежде, когда рана заживала per

granulationem, могли быть значительными, то теперь, при заживленіи раны per primam intentionem, нерѣдко послѣоперационный періодъ проходитъ безъ особыхъ явленій раздраженія; наблюдается небольшой отекъ вѣкъ, а часто и его не бываетъ.

Теорія рубцовой преграды, образующейся на мѣстѣ резекціи конъюнктивы мало вяжется съ клиническимъ теченіемъ оперативнаго вмѣшательства. При иридектоміи или склеротоміи по поводу главкомы врачи возлагаютъ между прочимъ надежды на фильтрующія свойства рубца, а здѣсь какъ разъ наоборотъ—при объясненіи дѣйствія эксцизіи основываются на плотности рубца, благодаря которой онъ задерживаетъ переходъ заразнаго начала на роговую оболочку. Между тѣмъ, улучшеніе pannus'а при эксцизіи переходной складки большею частью замѣчается въ первыя же недѣли послѣ операціи, когда еще рубецъ очень нѣжный. Къ этому нужно добавить еще, что рубцовая ткань, напр. рубцы роговицы, по экспериментальнымъ изслѣдованіямъ д—ра М. Соколова [99]), отличаются наибольшей уступчивостью и проходимостью для микроорганизмовъ. Теорія, объясняющая дѣйствіе операціи на pannus удаленіемъ вмѣстѣ съ переходной складкой и сѣти сосудовъ, до нѣкоторой степени находитъ косвенное подтвержденіе въ опытахъ Koster'а [100]) съ перевязкой вортикозныхъ венъ. При этихъ опытахъ роговица мутнѣла и покрывалась сосудами, что можетъ указывать на причинную зависимость между застоемъ крови и лимфы въ инфильтрированномъ сводѣ и pannus'омъ. (Шимановскій) [75]). Отсюда можно заключить, что при эксцизіи на обратное развитіе pannu'sа вліяетъ удаленіе сѣти сосудовъ въ набухшемъ сводѣ, съ затрудненнымъ кровеобращеніемъ; но одного этого недостаточно для объясненія дѣйствія эксцизіи. Резицированные сосуды быстро возмѣщаются и, съ возстановленіемъ прежнихъ условій кровеобращенія, должно бы вновь наступить ухудшеніе pannus'а, а этого обычно не наблюдается. Съ другой стороны, какъ часто мы видимъ больныхъ съ гипертрофированной, набухшей переходной складкой и безъ слѣдовъ pannus'а!

Въ виду того, что нѣкоторыя изъ приведенныхъ объясненій дѣйствія эксцизіи переходной складки и хряща допускаютъ особенное расположеніе со стороны переходной складки къ локализаціи трахомы, а въ хрящѣ глубокія анатомическія измѣненія, ниже мы разсмотримъ литературныя данныя, касающіяся этихъ послѣднихъ.

II.

Литературныя данныя объ измѣненіяхъ въ переходной складкѣ и хрящѣ вѣкъ при трахомѣ.

Патолого-анатомическія измѣненія въ конъюнктивѣ вѣкъ при трахомѣ разработаны и описаны въ цѣломъ рядѣ превосходныхъ изслѣдованій и потому разбирать этотъ вопросъ во всей его полнотѣ не представляется нужнымъ. Имѣя въ виду операцію вырѣзыванія переходной складки и хряща вѣкъ, мы изложимъ литературныя данныя о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при трахомѣ лишь по стольку, по-скольку это можетъ имѣть отношеніе для оцѣнки и обоснованія хирургическаго способа леченія трахомы.

Необходимо прежде всего замѣтить, что самымъ характернымъ для трахомы въ настоящее время считается заболѣваніе аденоиднаго, или, какъ недавно предложилъ называть его Goldzieher [101]), сосудистаго слоя конъюнктивы,—диффузная инфильтрація его лимфоидными элементами, съ образованіемъ зеренъ и съ исходомъ въ рубцовую ткань. „Сущность гранулезнаго процесса, говоритъ Saemisch [83]); нужно искать въ заболѣваніи аденоиднаго слоя соединительной оболочки, которое производитъ фолликулъ,—зерно и имѣетъ тотъ опредѣленный характеръ, что приводитъ заболѣвшую ткань къ рубцовому превращенію, со включеніемъ развившихся въ ней зеренъ".

Эти характерныя для трахомы измѣненія прежде всего появляются и больше всего выступаютъ въ переходной складкѣ конъюнктивы. При conjunctivitis granulosa, по Saemisch'у, опуханіе папилярнаго тѣла всего значительнѣе выступаетъ въ переходной складкѣ: вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи, сопровождающей появленіе зеренъ, переходная складка набухаетъ, становится неровной. По Fuchs'у [82]), зерна „прежде всего появляются въ переходной складкѣ и образуются въ такомъ обиліи, что при оттягиваніи нижняго вѣка складка эта выступаетъ въ видѣ толстаго, тугого вала". Проф. Raehlmann, [57]) много занимавшійся

вопросомъ о трахомѣ, точно также отмѣчаетъ, что при высокихъ степеняхъ этой болѣзни переходная складка при выворачиваніи вѣка выпадаетъ въ видѣ опухоли усѣянной грануляціями.

По наблюденіямъ д—ра Блументаля, трахома почти всегда начинается съ верхней переходной складки.

Фактъ особеннаго предпочтенія трахоматозными измѣненіями переходной скдадки конъюнктивы не подлежитъ, такимъ образомъ, никакому сомнѣнію; переходная складка называется поэтому главнымъ „очагомъ“ болѣзни (Czermak) [32]) „Prädilektionstelle“ для поселенія возбудителей болѣзни (Kuhnt) [44]) и под. Однако изъ литературныхъ данныхъ по гистологіи трахомы видно, что между трахоматозными пораженіями переходной складки и хрящевой части конъюнктивы все различіе преимущественно количественнаго характера и обусловливается ея анатомическимъ строеніемъ.

Такъ, если разсматривать переходную складку послойно, начиная съ ея эпителіальнаго слоя, то измѣненія эпителія при трахомѣ описываются одинаково всѣми авторами, занимавшимися этимъ вопросомъ (Baumgarten [102]), Raehlmann [57]), Villard, [103]) Pick [104]) и др.) Эпителій переходной складки становится подобнымъ эпидермису,—утолщается до 7—10 слоевъ, (вмѣсто 3—4-хъ при нормальныхъ условіяхъ); въ то время, какъ въ нормальной конъюнктивѣ цилиндрическія клѣтки расположены съ поверхности, при трахомѣ—онѣ въ глуби, а сверху располагаются плоскія; подобнымъ же образомъ двуслойный цилиндрическій эпителій хрящевой части конъюнктивы замѣняется многослойнымъ плоскимъ. Среди клѣтокъ поверхностнаго эпителія появляются въ бо́льшемъ числѣ слизистыя клѣтки. Углубленія эпителія, которыя въ нормальной переходной складкѣ одни признаютъ за железы (жел. Henle,) другіе за простыя впячиванія и складки конъюнктивы, при трахомѣ увеличиваются еще болѣе. Ивановъ [105]) и Berlin [106]) въ свое время видѣли въ этихъ железистыхъ образованіяхъ самое существенное и характерное для трахомы и находили ихъ при трахомѣ по всей слизистой оболочкѣ, но большею частью вблизи переходной складки; позднѣе Pick [104]) на нѣкоторыхъ своихъ препаратахъ подобныя эпителіальныя углубленія обнаружилъ лежащими въ отрѣзкѣ конъюнктивы ближе ко хрящу. Pick замѣтилъ кромѣ того въ переходной складкѣ кисты, образующіяся изъ этихъ эпителіальныхъ углубленій, или железъ, наполненныя клѣточнымъ распадомъ. Но·

вѣйшіе изслѣдователи W. и M. Goldzieher [101]) на границѣ свода, въ періодѣ хорошо выраженныхъ зеренъ находили эпителій помѣстамъ нормальнымъ, иногда утолщеннымъ, какъ эпидермисъ; слизистыя клѣтки они видѣли и въ поверхностныхъ слояхъ и въ глубокихъ, гдѣ онѣ могутъ давать кистовидныя пространства.

Свойствами эпителія переходной складки Greeff [107]) хотѣлъ объяснить особенное предпочтеніе этого отдѣла конъюнктивы трахоматозными зернами и инфильтраціей. „Фолликулы, говоритъ онъ, въ области переходной складки постоянно оканчиваются рѣзкой горизонтальной линіей; она очевидно, вызвана тѣмъ, что здѣсь характеръ эпителія измѣняется и соотвѣтственное новообразованіе далѣе не внѣдряется. Слоистый пластырный эпителій *), очевидно, не представляетъ подходящей почвы для болѣзни и ея возбудителя“. Въ дополненіе къ этому мнѣнію слѣдуетъ привести старинное наблюденіе Arlta, [108]) что и на хрящевой части конъюнктивы трахоматозная инфильтрація оканчивается на разстояніи 3 mm. отъ свободнаго края вѣка, „вѣроятно, потому, что конъюнктива здѣсь теряетъ характеръ слизистой оболочки, какъ по утолщенію эпителіальнаго слоя, такъ и по появленію въ ней сосочковъ corii“. (Шенбергъ [109]).

Слѣдующій за эпителіемъ слой конъюнктивы—tunica propria—въ переходной складкѣ также, какъ и въ хрящевой части конъюнктивы, состоитъ изъ пучковъ соединительной ткани, съ эластическими волокнами, содержитъ отдѣльные лейкоциты или группы лимфоидныхъ клѣтокъ, пріобрѣтая характеръ аденоидной ткани. Аденоидный слой уже въ нормальной конъюнктивѣ постепенно увеличивается отъ края вѣка къ переходной складкѣ и въ послѣдней выраженъ всего сильнѣе; при трахомѣ же Pick [104]) находилъ его здѣсь въ особенности рѣзко инфильтрированнымъ лимфоидными клѣтками.

Въ тарзальной части конъюнктивы аденоидный слой непосредственно и плотно прилежитъ къ хрящу, въ переходной же складкѣ за нимъ слѣдуетъ очень рыхлая подъконъюнктивальная клѣтчатка. Благодаря такому строенію, воспалительные процессы въ конъюнктивѣ вызываютъ болѣе сильное припуханіе переходной складки, чѣмъ хрящевой ея части. Болѣе рыхлымъ строеніемъ переходной складки Wolfring [110]) объяснялъ рѣзко вы-

*) т. е. на конъюнктивѣ bulbi.

раженную инфильтрацію лимфоидными клѣтками этой части конъюнктивы и при трахомѣ. Въ рыхлой субконъюнктивальной ткани переходныхъ частей. Pick [104]) находилъ фолликулы и диффузную инфильтрацію часто до межмышечныхъ пучковъ; рѣзкое разграниченіе субконъюнктивальной ткани отъ конъюнктивальной часто оказывалось невозможнымъ.

Въ рыхлой соединительной ткани конъюнктивы свода W. и M. Goldzieher [101]) встрѣчали въ необыкновенно большомъ числѣ Mastzellen и разсматриваютъ ихъ, какъ доказательство проникновенія трахоматознаго яда въ ткань.

Другая особенность соединительно тканной основы переходной складки заключается въ томъ, что въ ней помѣщаются ацинотрубчатыя или добавочныя слезныя железы Krause [111]. (или Waldeye'ra). Въ числѣ 42-хъ на верхнемъ и 6—8 на нижнемъ вѣкѣ—онѣ помѣщаются частью въ переходной складкѣ, частью въ ткани хряща между Мейбоміевыми железами: выводные протоки ихъ открываются въ конъюнктивѣ свода (Арнштейнъ) [112]) или изъ хряща—на конъюнктивѣ tarsi (Wollfring). Wollfring, [110]) имѣя въ виду анатомическое положеніе этихъ железъ и непосредственную связь эпителія соединительной оболочки съ эпителіемъ выводныхъ протоковъ ихъ, считалъ несомнѣннымъ, что эти железы не могутъ остаться безъ участія при различныхъ страданіяхъ конъюнктивы.

Ацино-трубчатыя железы встрѣчаются не только въ переходной складкѣ, но и въ хрящѣ вѣкъ. Въ виду этого о паталого-анатомическихъ измѣненіяхъ этихъ железъ, какія описаны были различными авторами, мы скажемъ ниже, излагая литературныя данныя объ измѣненіяхъ хряща вѣкъ при трахомѣ. Не буду приводить здѣсь литературныхъ данныхъ и касаться подробностей тонкаго строенія трахоматозныхъ зеренъ; отмѣчу только, что одни авторы считали зерно за новообразованіе, подобное инфекціоннымъ гранулемамъ, какъ туберкулезный бугорокъ; другіе—за гиперплязію предсуществующихъ въ конъюнктивѣ фолликуловъ (Baumgarten) [102]), или за ограниченную лимфатическую гиперплязію съ такимъ же гистологическимъ строеніемъ, какъ и разлитая гиперплязія аденоиднаго слоя (Jacobson [113]). Большинство авторовъ описываютъ въ зернѣ два рода клѣтокъ—лимфоциты и одноядерные лейкоциты. Villard [103]) называетъ послѣдніе эпителіоидными и считаетъ ихъ за клѣтки соединительно-

тканныя. Но кромѣ этихъ клѣтокъ въ трахоматозномъ зернѣ имѣются и описаны нѣкоторыя другія—большія клѣтки (зернистыя Leber'a, фагоциты), Mastzellen, гигантскія клѣтки, многоядерные лейкоциты. Наконецъ нѣкоторые (Goldzieher) относятъ развитіе элементовъ зерна на счетъ разрастанія кзѣтокъ адвентиціи сосудовъ, вблизи которыхъ зерна обыкновенно и образуются.

Что касается измѣненій въ хрящѣ вѣкъ при трахомѣ, то по этому вопросу въ литературѣ до настоящаго времени высказываются разнообразныя, иногда прямо противорѣчивыя мнѣнія.

Уже Beer (1813 г.) [111]) утверждалъ, что трахоматозный процессъ можетъ переходить на хрящъ; часто послѣ трахомы остается сморщиваніе хряща и образованіе заворота.

Arlt (1840, 1881) [108]) сообщилъ о проникновеніи зеренъ въ ткань хряща; по его мнѣнію, экссудатъ въ толщѣ хряща превращается потомъ въ рубцовую ткань, что ведетъ къ завороту вѣкъ. Онъ находилъ кромѣ того Мейбоміевы железы растянутыми, а иногда облитерированными.

Wollfring (1868) [110]) изслѣдовалъ вѣки въ различныхъ стадіяхъ трахомы; онъ также отмѣтилъ инфильтрацію лимфоидными элементами ткани хряща, даже въ видѣ круглыхъ очаговъ, расширеніе мѣшечковъ и выводныхъ протоковъ железъ. Иногда онъ наблюдалъ значительную инфильтрацію вокругъ выводныхъ протоковъ железъ Krause лимфоидными клѣтками, но особенныхъ измѣненій въ добавочныхъ слезныхъ железахъ при трахомѣ, по его мнѣнію, не доказано.

Michel (1875) [115]) находилъ измѣненія въ сосудахъ хряща вѣкъ при трахомѣ—набуханіе эндотеліальныхъ оболочекъ, образованіе новыхъ сосудовъ и появленіе гнойныхъ клѣтокъ въ хрящѣ; замѣчалъ расширеніе Мейбоміевыхъ железъ вслѣдствіе искривленія и отшнурованія выводныхъ протоковъ, послѣдующую атрофію этихъ железъ, съ замѣною соединительной тканью, также наблюдалъ жировую дегенерацію этихъ железъ.

Атрофію Мейбоміевыхъ железъ находилъ и Saemisch [83]) и кромѣ того жировое перерожденіе въ ткани хряща; перерожденные участки просвѣчиваютъ черезъ конъюнктиву хряща въ видѣ желтоватыхъ узелковъ. Мнѣніе Saemischa о жировомъ перерожденіи въ хрящѣ было впослѣдствіи подвергнуто сомнѣнію со стороны Greeff'a и Junius'a въ томъ смыслѣ, что за жировое перерожденіе могли быть приняты т. н. элементарныя грануляціи.

C. Wedl и E. Bock (1886 г.) [116]) также наблюдали измѣненія въ хрящѣ пораженныхъ трахомою вѣкъ,—измѣненія съ одной стороны, воспалительнаго характера, съ другой регрессивнаго. Воспалительныя явленія въ хрящѣ (tarsitis trachom.) обнаруживаются опуханіемъ хряща и утолщеніемъ вѣка. Въ хрящѣ, вокругъ нѣжныхъ сосудовъ, идетъ мелкоклѣточная инфильтрація, иногда разрастается новообразованная ткань, въ Мейбоміевыхъ железахъ застаивается секретъ ихъ. Регрессивныя измѣненія въ хрящѣ ведутъ къ уменьшенію его размѣровъ и къ атрофіи и Мейбоміевыхъ железъ. Иногда они наблюдали кистовидныя полости въ хрящѣ.

E. Fuchs (1897) [82]) допускаетъ самостоятельныя измѣненія въ хрящѣ при трахомѣ. „Выворачивая вѣки при трахомѣ, говоритъ онъ, мы часто чувствуемъ, что хрящъ сталъ утолщенъ и имѣетъ неуклюжую форму. Это происходитъ вслѣдствіе воспалительной инфильтраціи хряша которая впослѣдствіи приводитъ къ атрофіи и искривленію хряща путемъ рубцеванія и потому должна считаться главною причиною trichiasis. Въ такомъ измѣненномъ хрящѣ большая часть Мейбоміевыхъ железъ запустѣваетъ“.

Raehlmann (1883 г.) [57]) въ случаяхъ своихъ первыхъ изслѣдованій трахоматозныхъ вѣкъ не находилъ воспалительныхъ измѣненій въ хрящѣ вѣкъ; хрящъ былъ относительно неизмѣненъ, не инфильтрированъ, Мейбоміевы железы—также; только иногда онъ находилъ утолщеніе стѣнокъ почти всѣхъ железистыхъ мѣшечковъ, гіалиновое перерожденіе ихъ внутренняго эпителіальнаго слоя и эктазію железъ вслѣдствіе сморщиванія выводныхъ протоковъ. Отсутствіе воспалительныхъ измѣненій въ хрящѣ при воспаленной трахоматозной коньюнктивѣ Raehlmann хотѣлъ объяснить независимостью и самостоятельностью въ расположеніи сосудовъ, питающихъ эти части вѣкъ, благодаря чему застой въ сосудахъ конъюнктивы не можетъ имѣть вліянія на циркуляцію внутри хряща. Рубцовое искривленіе вѣка Raehlmann объяснялъ, независимо отъ хряща, сморщиваніемъ рубцовой соединительной оболочки; послѣдняя столь плотно соединена съ хрящемъ, что трудно отличить границы ихъ между собою и при сокращеніи рубцовой соединительной оболочки происходитъ пассивно измѣненіе и формы хряща. Позднѣйшія изслѣдованія Raehlmann'a обнаружили и въ хрящѣ существенныя измѣненія (1891 г. 1901 г.) При длительномъ процессѣ, при богатомъ раз-

витіи фолликуловъ въ соединительной оболочкѣ можетъ заболѣть и самый хрящъ: онъ инфильтрируется лимфоидными клѣтками, вплоть до образованія въ его ткани фолликуловъ, послѣдующее рубцеваніе которыхъ ведетъ къ разрушенію Мейбоміевыхъ железъ. При tarsitis trachomatosa поражается вся железистая ткань хряща—Мейбоміевы, железы Moll'a, железы Krause. Заболѣваніе первыхъ клинически сказывается особенностями ихъ секрета,—онъ становится мутно-маслянистымъ, обильнымъ; при воспаленіи железъ Moll'a развивается картина tylosis; железы Krause, въ случаѣ атрофіи Мейбоміевыхъ железъ, гипертрофируются викарно, онѣ сдвигаются къ свободному краю вѣка, могутъ увлажнять конъюнктиву и предохранять отъ высыханія (xerosis). Иногда хрящъ атрофируется; рѣдко наблюдается огромное утолщеніе его въ силу гіалиноваго, или амилоиднаго перерожденія, переходящаго съ соединительной оболочки.

Д—ръ Шенбергъ (1895 г.) [109] изслѣдовалъ 64 вѣка, съ цѣлью изучить топографическія отношенія частей вѣка при завороте его; изъ нихъ 49 верхнихъ и 15 нижнихъ вѣкъ въ различныхъ, а чаще въ рубцовомъ, стадіяхъ трахомы; въ 17-ти же случаяхъ имѣлся заворотъ вѣкъ. По отношенію къ завороту вѣка онъ отрицаетъ всякое значеніе рубцовыхъ измѣненій въ хрящѣ и для объясненія entropion'a склоняется къ теоріи Raehlmann'a, нѣсколько дополняя ее въ томъ смыслѣ, что первичное искривленіе хряща происходитъ вслѣдствіе давленія со стороны трахоматозныхъ зеренъ, расположившихся на конъюнктивѣ позади Ріолановой мышцы. Это первичное искривленіе переходитъ во вторичное при условіи рубцоваго сморщиванія конъюнктивы и атрофіи внутренней губы вѣка.

Но въ хрящѣ при трахомѣ Шенбергъ находилъ цѣлый рядъ измѣненій, какъ въ фиброзной, такъ и железистой его ткани. Процессъ въ хрящѣ онъ опредѣляетъ, какъ интерстиціальное воспаленіе хряща, такъ какъ хрящъ есть „паренхиматозный органъ, состоящій изъ двоякаго рода железъ и поперечно-полосатой мышцы, для которыхъ фиброзная ткань играетъ роль стромы". Въ періодѣ развитія зеренъ, или молодыхъ рубцовъ онъ обнаружилъ въ хрящѣ инфильтрацію круглоклѣточковыми (грануляціонными) элементами въ видѣ небольшихъ скопленій по сосудамъ. На хрящъ распространяется не самый трахоматозный процессъ, а хроническое воспаленіе, сопровождающее образованіе

фолликуловъ. Въ перiодѣ развитiя трахоматозныхъ железъ и рубцовъ (trachoma cicatric.) онъ находилъ въ хрящѣ гнѣздную инфильтрацiю рѣже, въ послѣднихъ стадiяхъ трахомы (xerosis conjunctivae) соединительная ткань хряща становилась бѣдной клѣточными элементами. Въ противоположность нѣкоторымъ другимъ авторамъ, „развитiя фолликуловъ или даже скопленiя лимфоидныхъ элементовъ въ хрящѣ въ формѣ, сколько нибудь напоминающей фолликулъ“ ему „ни разу не приходилось видѣть“.

Въ железахъ Мейбомiевыхъ онъ находилъ иногда простую атрофiю на счетъ постепеннаго уменьшенiя числа клѣточныхъ элементовъ ихъ, иногда замѣщенiе железъ почти во всю ихъ длину плотной соединительной, жировой тканью, или образованiе изъ нихъ кистъ отъ задержки секрета при искривленiи хряща. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти железы оказывались безъ измѣненiй. Вокругъ железъ Krause Шенбергъ наблюдалъ развитiе соединительной ткани, иногда видѣлъ железистыя трубочки въ состоянiи распада. Воспалительныя и дегенеративныя измѣненiя онъ находилъ еще и въ Рiолановой мышцѣ.

Pick (1897) [104]) изслѣдовалъ свыше 60 ти переходныхъ складокъ, вырѣзанныхъ при операцiяхъ, въ самыхъ различныхъ стадiяхъ трахомы (granulare, papillare, mixtum, sulziges и рубцовой). Никакихъ значительныхъ измѣненiй въ хрящѣ вѣкъ онъ на своихъ препаратахъ не находилъ. „Структурныя отношенiя, ходъ волоконъ, положенiе железъ не подлежатъ существеннымъ измѣненiямъ“. Присутствiе жировыхъ клѣтокъ въ верхнихъ частяхъ хряща также, по его мнѣнiю, находится еще въ предѣлахъ физiологическихъ. Мелкоклѣточная инфильтрацiя конъюнктивы отграничивается отъ хряща рѣзкой линiей; но, главнымъ образомъ, въ верхней половинѣ хряща Pick находилъ инфильтрацiю въ видѣ полосъ и очаговъ лимфоидныхъ клѣтокъ вокругъ сосудовъ, въ лимфатическихъ щеляхъ вмѣстѣ съ Mastzellen. Мейбомiевы железы почти свободны отъ этихъ измѣненiй; что касается образованiя кистъ, запустѣванiя боковыхъ долекъ, дегенерацiи железистыхъ клѣтокъ, то это встрѣчается и въ хрящѣ нормальныхъ вѣкъ. Pick имѣлъ возможность изслѣдовать одинъ случай острой инфильтрацiи хряща и ацинотубулезныхъ железъ (Waldeyer'a). Подобная инфильтрацiя въ области железъ Waldeyer'a съ частичной атрофiей мѣшечковъ, по его изслѣдованiямъ, въ верхнихъ частяхъ хряща нерѣдка, нижнiя же свободны отъ нея.

По отношенію къ завороту вѣкъ онъ соглашается съ мнѣніемъ Raehlmann'а, что рубцеваніе конъюнктивы, прирощенной ко хрящу, приводитъ къ измѣненіямъ въ положеніи вѣкъ.

По мнѣнію Greeff'а (1902) [107]), Raehlmann и Pick по существу правы въ своихъ воззрѣніяхъ для легкихъ случаевъ трахомы, но все же онъ думаетъ, что пассивная роль хряща при трахомѣ ими очень преувеличивается. Самъ онъ не имѣлъ возможности изслѣдовать гистологически корытообразно искривленнаго хряща, но указываетъ во 1-хъ на то, что встрѣчаются клинически случаи, гдѣ искривленію предшествуетъ колоссальное утолщеніе хряща; во 2-хъ въ раннихъ стадіяхъ, при экстирпаціи конъюнктивы и хряща, наблюдаются постоянно блуждающія круглыя клѣтки, отдѣльно или очагами въ хрящѣ; нерѣдко также встрѣчаются тутъ Mastzellen Ehrlich'а. Поверхностные слои хряща захватываются этимъ процессомъ часто, а иногда и весь хрящъ. Инфильтрирующія клѣтки рѣзко выступаютъ въ бѣдномъ ядрами хрящѣ.

Iunius (1899 г., 1902) [117]) находилъ въ хрящѣ воспалительный застой и цуги лимфоидныхъ клѣтокъ по ходу лимфатическихъ сосудовъ; изрѣдка—очаговыя скопленія лимфоидныхъ клѣтокъ, но никогда онѣ не имѣли строенія зеренъ; наблюдалъ кистовидное перерожденіе Мейбоміевыхъ железъ, съ уменьшеніемъ железистыхъ трубокъ. „Хотя интенсивность заболѣванія въ самомъ хрящѣ менѣе значительна, чѣмъ въ аденоидномъ слоѣ, однако Iunius'у кажется сомнительнымъ, справедливо ли разсматривать воспаленіе въ хрящѣ только какъ послѣдовательное, хроническое состояніе раздраженія“ (Saemisch).

Новѣйшіе изслѣдователи W. и M. Goldzieher (1906 г.) [101]) брали для изслѣдованія участки конъюнктивы bulbi, свода и хряща. Этотъ матеріалъ они получали путемъ эксцизіи по преимуществу въ случаяхъ свѣжей трахомы; для изученія же конечныхъ стадій трахомы пользовались и трупнымъ матеріаломъ. По ихъ мнѣнію, для изученія трахоматознаго процесса недостаточно изслѣдовать конъюнктиву свода; каждый, кто хочетъ имѣть вѣрный взглядъ на сущность трахомы, долженъ изслѣдовать тарзальную соединительную оболочку, такъ какъ „центръ тяжести патологоанатомическихъ измѣненій, все то, что придаетъ злокачественность трахоматозному процессу, лежитъ въ хрящѣ“.

Они находили не только въ субъэпителіальной ткани, но и въ хрящевой соединительной ткани клѣточныя скопленія и раз-

сматриваютъ ихъ, какъ первичныя зернистыя отложенія, изъ которыхъ развивается типичное трахоматозное зерно. На одномъ изъ рисунковъ, приложенныхъ къ ихъ работѣ, представлено между прочимъ зерно, расположенное въ самомъ хрящѣ.

Здѣсь слѣдуетъ упомянуть еще объ изслѣдованіяхъ F. Schieck'a [118]), касающихся эластическихъ волоконъ хряща при трахомѣ. Schieck нашелъ сильное разрастаніе и стекловидное набуханіе эластическихъ волоконъ хряща при весеннемъ катаррѣ, въ противоположность этому при трахомѣ, по его изслѣдованіямъ, эластическія волокна хряща не измѣнены—они воспринимаютъ специфическую окраску. Способность эластическихъ волоконъ окрашиваться можетъ до нѣкоторой степени свидѣтельствовать объ отсутствіи воспалительныхъ явленій въ хрящѣ, такъ какъ по изслѣдованіямъ проф. М. М. Покровскаго [119]) потеря эластическими волокнами этой способности замѣчается при существованіи воспалительныхъ явленій.

Такимъ образомъ гистологическія изслѣдованія различныхъ авторовъ относильно измѣненій на переходной складкѣ при трахомѣ въ общемъ совпадаютъ: болѣзненный процессъ обнаруживается здѣсь очень рано и благодаря особенностямъ анатомическаго строенія переходной складки выраженъ въ особенности рѣзко.

Что же касается хряща вѣкъ, то до послѣдняго времени взгляды авторовъ по этому вопросу расходятся. Разнорѣчія касаются всѣхъ отдѣловъ хряща. Такъ, въ соединительнотканной основѣ хряща одни встрѣчали фолликулы, другіе ихъ ни разу не видѣли; одни находили воспалительную инфильтрацію въ хрящѣ, другіе круглоклѣточковую лимфоидную; одни допускали дальнѣйшій исходъ ея въ рубцовую ткань съ неизбѣжнымъ вліяніемъ на происхожденіе заворота вѣкъ, другіе нѣтъ. Жировое перерожденіе въ хрящѣ вѣкъ также допускается всѣми.

По отношенію къ железистой ткани хряща результаты патолого-анатомическихъ изслѣдованій тоже не одинаковы. Такъ, Мейбоміевы железы одними находились безъ существенныхъ измѣненій, другими въ состояніи различнаго рода дегенераціи, вплоть до атрофіи и замѣщенія соединительной тканью. Железы ацинозно- трубчатыя не обращали на себя особеннаго вниманія изслѣдователей; хотя нѣкоторые и находили лимфоидную инфильтрацію въ нихъ, но не придавали этому большого значенія и не старались детально изучать эти измѣненія.

Источникъ разногласій кроется, по всей вѣроятности, въ томъ, что различные авторы имѣли неодинаковый матеріалъ для изученія; а между тѣмъ извѣстно, что трахома представляетъ большое разнообразіе, какъ клиническихъ, такъ, вѣроятно, и патолого-анатомическихъ формъ и степеней развитія. Вѣроятность этого объясненія подтверждается въ особенности при ознакомленіи съ тѣмъ, какъ постепенно развивались взгляды Raehlmann'a на этотъ предметъ.

III.

Весьма разнорѣчивые взгляды на цѣлесообразность и терапевтическій эффектъ эксцизіи переходной складки, доходящіе до того, что одни называли эту операцію „варварской", другіе—„благодѣтельной",—не менѣе противорѣчивыя ученія объ измѣненіяхъ въ хрящѣ вѣкъ при трахомѣ, дали поводъ пр. С. В. Лобанову предложить мнѣ 1) прослѣдить въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени всѣхъ тѣхъ трахомныхъ больныхъ, которымъ производилась эта операція въ Томской офталмологической факультетской клиникѣ, а вмѣстѣ съ этимъ: 2) гистологически изслѣдовать вырѣзанныя переходныя складки и хрящи вѣкъ, съ цѣлью изучить, какія патолого-анатомическія основанія имѣются для этой операціи и 3) поставить рядъ опытовъ на животныхъ, чтобы выяснить способъ заживленія ранъ конъюнктивы послѣ этой операціи.

1. Собственныя клиническія наблюденія относительно хирургическихъ способовъ леченія трахомы.

Хирургическіе способы леченія трахомы стали примѣняться въ Томской офталмологической клиникѣ съ начала 1906 г.

Первые случаи операцій произведены были на стаціонарныхъ больныхъ клиники; послѣдующіе же преимущественно на амбулаторныхъ и въ стаціонарное отдѣленіе больные принимались лишь въ особо исключительныхъ случаяхъ,—при наличности только одного глаза, въ случаѣ полной матеріальной необезпеченности и под.

Всего за это время у насъ произведено было 104 операціи, изъ нихъ 79 въ клиникѣ (19 стаціонарно и 60 амбулаторно) и 25 въ глазныхъ отрядахъ Казанской и Вятской губерніи, находившихся въ моемъ завѣдываніи лѣтомъ 1907 и 1908 г.г. Про-

слѣженныя въ отрядахъ операціи я счелъ возможнымъ присоединить сюда же потому, что большая часть больныхъ находилась у меня подъ наблюденіемъ по нѣсколько недѣль, иные даже свыше мѣсяца.

Всего оперировано было 80 человѣкъ; 55 въ клиникѣ и 25 въ глазныхъ отрядахъ; оперированныхъ глазъ было всего 99.

Въ клиникѣ операціи производились главнымъ образомъ проф. С. В. Лобановымъ, а также и мною.

Различные виды операцій на переходной складкѣ, прослѣженные мною, распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

1) Простыхъ эксцизій переходной складки на нижнемъ вѣкѣ произведено	11
2) Простыхъ эксцизій переходной складки на верхнемъ вѣкѣ	9
3) Комбинированныхъ эксцизій на верхнемъ вѣкѣ .	66
4) Вылущеній хряща	18
Итого . .	104

Почти всѣ больные страдали, говоря вообще, тяжелой формой трахомы, съ осложненіями на роговой оболочкѣ (pannus, maculae corneae). Многіе изъ нихъ уже давно, много и безуспѣшно лѣчились обычными лѣкарственными средствами. Многимъ было сдѣлано выдавливаніе трахомы въ разное время. Отъ этого леченія они получали облегченіе на короткое сравнительно время, а затѣмъ болѣзньвновь обострялась. Изъ всѣхъ оперированныхъ — лишь у 5-ти (№№ 17, 29, 40, 42 и 43) трахома на конъюнктивѣ вѣкъ была выражена въ относительно меньшей степени, т. е. разлитая инфильтрація мало касалась хряща, а захватила преимуществено переходную складку, но и изъ нихъ въ 2-хъ случаяхъ №№ 17, 40) уже былъ pannus и пятна роговой оболочки. Pannus отсутствовалъ всего лишь у 6-ти больныхъ (№№ 8, 22, 29, 42, 43, 44—8 глазъ).

Оперированы были больше всего люди въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ; только одинъ больной имѣлъ отъ роду 14 лѣтъ; вылущеніе хряща производилось по преимуществу у лицъ пожилого возраста.

Распредѣленіе оперированныхъ больныхъ по возрасту можно видѣть изъ слѣдующей таблицы:

До 15-ти лѣтъ		. . .	1
Отъ 15-ти	до 20-ти	.	19
„ 21	„ 30	.	22
„ 31	„ 40	.	16
„ 41	„ 50	.	9
„ 51	„ 64	.	13
	Всего	.	80

Операціи производились всегда подъ кокаиномъ. Конъюнктивальный мѣшокъ анэстезировался сперва $2^0/_0$ растворомъ кокаина въ капляхъ; затѣмъ 1 шприцъ $2^0/_0$ кокаина (по Kuhnt'у 2—3 дѣленія $6—10^0/_0$) вводился подъ конъюнктиву переходной складки. Нерѣдко прибавлялся къ кокаину растворъ adrenalini hydrochlor. 1 : 1000 Takamine отъ 1 до 2—3 дѣленій на шприцъ Праваца.

При этомъ иногда, почти тотчасъ за инъэкціей кокаинъ—адреналина, появлялись у больныхъ колющія боли въ затылкѣ и конечностяхъ и признаки сердечной слабости; это заставило насъ быть осторожнѣе съ адреналиномъ и вводить возможно меньшія его дозы. Прибавленіе адреналина однако же даетъ для этихъ операцій большую выгоду: кровотеченіе минимальное и отпрепарировка производится свободно и весьма чисто.

Конъюнктивальная рана на мѣстѣ резекціи переходной складки и хряща вѣкъ въ началѣ зашивалась обыкновеннымъ бѣлымъ шелкомъ, но въ виду появленія инфильтратовъ на роговой оболочкѣ отъ раздраженія жесткимъ бѣлымъ шелкомъ, мы перешли, какъ и совѣтуетъ Kuhnt [44]), къ мягкому черному шелку, что замѣтно выразилось уменьшеніемъ осложненій со стороны роговой оболочки. Ради устраненія поврежденій роговой оболочки швами, мы кромѣ того стали возможно раньше снимать швы. Раннее удаленіе швовъ можетъ вызвать расхожденіе краевъ раны и повести къ образованію грануляцій, но опасность эта, какъ показываютъ наши наблюденія, очень не велика,—рана конъюнктивы склеивается быстро и плотно, такъ, что безъ всякихъ осложненій можно было иногда удалить нитки уже на другой день; какъ правило,—мы снимали ихъ на 3-й день.

Кэтгутъ для зашиванія раны примѣняли всего лишь одинъ разъ (№ 32), такъ какъ по литературнымъ даннымъ кэтгутъ, хотя и коротко обрѣзанный, раздражаетъ глазъ и остается твер-

дымъ даже на 5-й день (Канъ Н.) [92]) Въ нашемъ случаѣ швы изъ кэтгута пришлось также удалять, потому, что концы ихъ размочалились и выдавались въ конъюнктивальный мѣшокъ.

Обыкновенно больные переносили операцію легко и безболѣзненно. Въ послѣопераціонномъ теченіи иногда—къ вечеру того же, ночью и утромъ слѣдующаго за операціей дня глазъ болѣлъ, швы раздражали, но въ умѣренной степени; непріятное ощущеніе, вызываемое послѣдними, больные опредѣляли словами „мѣшаетъ что-то подъ вѣкомъ".

Больные не упускались изъ виду послѣ операціи возможно дольше. Но нерѣдко, получивъ стойкое улучшеніе состоянія своихъ глазъ, они ускользали изъ подъ наблюденія ранѣе, чѣмъ это было желательно; нѣкоторыхъ изъ нихъ можно было видѣть черезъ продолжительный періодъ времени только благодаря тому, что обострялась болѣзнь на другомъ, неоперированномъ глазу. Наименьшій срокъ наблюденія оперированныхъ больныхъ—1 недѣля, наибольшій около 3-хъ лѣтъ. По отношенію къ продолжительности наблюденія различныя операціи распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

До 1 недѣли			8
Отъ 1 недѣли	до	1-го мѣсяца	—47
„ 1 мѣсяца	„	2-хъ „	—22
„ 2 „	„	3-хъ „	— 6
„ 3 „	„	6 „	— 2
„ 6 „	„	1 года .	—12
„ 1 года	„	2 лѣтъ .	— 5
Свыше . . .		2 лѣтъ .	— 2
		Итого .	104

Наименьшій срокъ наблюденія падаетъ на больныхъ, оперированныхъ въ глазныхъ отрядахъ, въ силу кратковременности дѣятельности этихъ отрядовъ.

Въ отношеніи способа и техники операцій мы придерживались указаній, данныхъ на этотъ счетъ въ монографіи Kuhnt'а: что же касается показаній и осложненій при операціяхъ и въ послѣдующемъ теченіи, то мы изложимъ это сейчасъ при описаніи каждаго вида операціи въ отдѣльности. При этомъ мы отмѣтимъ и нѣкоторыя особенности въ техникѣ производства опера-

цій и послѣдующаго ухода за оперированнымъ глазомъ, выработанныя на основаніи 3-хъ лѣтняго опыта въ Томской глазной клиникѣ. Сдѣлать это необходимо въ виду того, что по справедливому замѣчанію д-ра Гинзбурга, [94]) „успѣхъ этихъ операцій въ значительной степени зависитъ отъ соблюденія массы техническихъ мелочей“.

1. Простая эксцизія нижней переходной складки.

Показанія: Вырѣзываніе нижней переходной складки производилось въ случаяхъ рѣзкой гипертрофіи ея, когда утолщенная складка легко выдавалась въ видѣ валика при оттягиваніи нижняго вѣка. Операція производилась или одна сама по себѣ (№№ 41, 42, 44, 43), или въ связи съ выдавливаніемъ трахоматозныхъ зеренъ на нижнемъ или верхнемъ вѣкѣ (№№ 1, 3); въ въ остальныхъ случаяхъ вырѣзываніе нижней переходной складки произведено было послѣ удаленія верхней.

Производство операціи весьма несложно:

Оттянутое книзу нижнее вѣко или удерживается на роговой пластинкѣ, или только пальцемъ ассистента; предназначаемый къ эксцизіи участокъ переходной складки, особенно рѣзко выступающей послѣ впрыскиванія кокаина, намѣчается двумя линейными разрѣзами скальпеля, захватывается зубчатымъ пинцетомъ и удаляется ножницами. Швы не накладываются; глазъ завязывается легкой повязкой Arlt'а. Заживленіе течетъ всегда быстро и безъ всякихъ осложненій; на другой день линія разрѣза покрывается сѣроватой слизистой пленкой; на 3—4-й день уже можно оставить глазъ безъ повязки; линейный тонкій рубчикъ вначалѣ замѣтенъ, но потомъ настолько стушевывается, что его трудно найти, онъ не раздражаетъ роговой оболочки и не причиняетъ больному никакихъ безпокойствъ.

Послѣ этой операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 42, 43, 44), въ связи также съ другимъ леченіемъ (№№ 7, 4, 10, 37), замѣтно было улучшеніе процесса на слизистой оболочкѣ нижняго вѣка,—инфильтрація уменьшалась, зерна разсасывались обратно; въ другихъ—улучшенія не было замѣтно (№№ 41, 26) а иногда (№№ 1, 3) впослѣдствіи, не смотря на первоначальное улучшеніе, возникало обычное для трахомы обостреніе болѣзни,—вновь появлялись зерна на конъюнктивѣ нижняго вѣка въ связи

съ катарральными явленіями. По отношенію къ роговой оболочкѣ—на обратное развитіе pannus'а—операція вліянія не оказывала.

2. Простая эксцизія верхней переходной складки.

Показанія: Эта операція производилась обыкновенно въ случаяхъ гипертрофіи верхней переходной складки, когда она выпадала, при выворачиваніи верхняго вѣка, въ видѣ валика. Хрящъ въ этихъ случаяхъ не былъ утолщенъ, за исключеніемъ № 25, но на конъюнктивѣ хряща также просвѣчивали зерна, или имѣлась разлитая инфильтрація его.

Производство этой операціи значительно труднѣе, чѣмъ эксцизіи нижней переходной складки.

Здѣсь нужны слѣдующіе инструменты: 2 или 3 пинцета Blomer'а, роговая пластинка, острый скальпель, ножницы и 2 анатомическихъ зубчатыхъ пинцета.

Въ первомъ моментѣ операціи, какъ ее описываетъ Kühnt и какъ она производится нами, послѣ вывертыванія верхняго вѣка переходная складка захватывается вблизи угловъ вѣка двумя пинцетами Blomer'а—однимъ на границѣ внутренней трети, другимъ на границѣ наружной трети со средней. При помощи этихъ пинцетовъ переходная складка вывертывается на столько, что становится видна пограничная линія, раздѣляющая пораженную трахомой переходную складку отъ здоровой конъюнктивы глазнаго яблока. Больной въ это время, а также и въ послѣдующіе моменты операціи долженъ смотрѣть внизъ, къ ногамъ; если онъ плохо владѣетъ движеніями глазного яблока, его необходимо предварительно подготовить—въ этомъ залогъ успѣшнаго хода операціи, такъ какъ при указанномъ положеніи глазного яблока легче отпрепаровать переходную складку и наложить впослѣдствіи швы на рану.

Второй моментъ операціи состоитъ въ томъ, что на границѣ переходной складки и конъюнктивы bulbi въ здоровой ткани проводится снутри кнаружи черезъ конъюнктиву горизонтальный разрѣзъ и слизистая оболочка отпрепаровывается къ глазному яблоку (См. рис. 1) *). Послѣ этого конъюнктива фикси-

*) Рисунки, демонстрирующіе ходъ описываемыхъ операцій, имѣются въ монографіи проф. Kuhnt'а, на русскомъ языкѣ—въ „Курсѣ глазныхъ болѣзней“ проф. Крюкова и въ статьѣ д-ра Браунштейна (В. Офт.); наши рисунки частью подобны имъ, частью представляютъ нѣкоторыя детали операціи.

руется по отпрепарованному краю 3-мя лигатурами изъ чернаго шелку (см. рис. 2),—одной въ срединѣ, двумя по краямъ—на границѣ наружной и средней трети и внутренней и средней.

Лигатуры заблаговременно накладываются, по Kuhnt'у, въ виду того, что впослѣдствіи, изъ за сгустковъ крови, труднѣе захватывать конъюнктиву пинцетомъ, да къ тому же она значительно сокращается, края ея подвертываются. Согласно указанію Kuhnt'a, иголки проводятся приблизительно на 0,5 mm. отъ края конъюнктивы и необходимо слѣдить, чтобы всѣ иголки проводились на равномъ разстояніи отъ края конъюнктивы,—иначе можетъ получиться неровный рубецъ со складками.

Послѣ фиксаціи края конъюнктивы лигатурами, пинцеты Blomer'a снимаются; однимъ изъ нихъ захватывается рѣсничный край вывернутаго вѣка по срединѣ и ассистентъ удерживаетъ въ такомъ положеніи вѣко на роговой пластинкѣ (см. рис. 3). Необходимо замѣтить, что въ цѣляхъ анэстезіи нужно ввести нѣсколько дѣленій Правацевскаго шприца того же 2% раствора кокаина подъ кожу вѣка, иначе фиксація пинцетомъ Blomer'a сильно болѣзненна.

Затѣмъ дѣлается второй, параллельный первому, разрѣзъ конъюнктивы на границѣ переходной складки и хрящевой части конъюнктивы.

Въ слѣдующій—третій моментъ операціи—очерченная этими разрѣзами переходная складка отпрепаровывается скальпелемъ отъ мышцы. Роговую пластинку въ это время, по нашему мнѣнію, не слѣдуетъ удалять, такъ какъ, при надавливаніи ею на вѣко, операціонное поле меньше заливается кровью и можно отпрепаровать только одну слизистую, безъ мышечныхъ пучковъ.

Послѣ отсѣченія переходной складки во внутреннемъ углу вѣка ножницами, роговая пластинка и пинцетъ Blomer'a снимаются. Рана промывается 2% растворомъ борной кислоты. Далѣе слѣдуетъ,—по Kuhnt'у, 4-й моментъ,—зашиваніе раны; лигатуры, уже продѣтыя черезъ бульбарную часть переходной складки, проводятся на симметричныхъ мѣстахъ черезъ хрящевую конъюнктиву и завязываются; рана такимъ образомъ тщательно закрывается отпрепарованной къ глазному яблоку здоровой конъюнктивой. Для болѣе совершеннаго закрытія раны иногда приходится еще наложить 1—2 промежуточныхъ шва. Швы обрѣзаются, по совѣту Kuhnt'a, внѣ глазной щели такъ,

чтобы концы ихъ выступали изъ конъюнктивальнаго мѣшка; по нашимъ наблюденіямъ, лучше, если нитки выступаютъ изъ глазной щели не болѣе какъ на 1—1 1/2 сант., во избѣжаніе натягиванія ихъ повязкой.

Совѣтъ Kuhnt'a оставлять длинные концы лигатуръ имѣетъ большое практическое значеніе; впослѣдствіи гораздо удобнѣе снимать лигатуры, когда концы ихъ выстоятъ изъ конъюнктивальнаго мѣшка, чѣмъ еслибы онѣ были обрѣзаны коротко, такъ какъ пока края раны не зарубцевались—вывертывать верхнее вѣко нельзя.

Послѣ зашиванія раны, въ конъюнктивальный мѣшокъ вводится обычно употребляемая въ глазной практикѣ ксероформенная мазь (Xeroformii—0,5 vaselini et lanolini aa 5,0) и накладывается, если возможно, бинокулярная повязка, чтобы устранить движенія глазного яблока и треніе лигатуръ по роговой оболочкѣ. Если же больной оперируется амбулаторно и не имѣетъ проводника, то на здоровый глазъ дается легкая повязка и рекомендуется его завязывать дома, а открывать лишь въ случаѣ особой нужды. На оперированный глазъ, пока не сняты швы, мы всегда накладываемъ повязку въ формѣ согрѣвающаго компресса, во избѣжаніе высыханія выступающихъ концовъ лигатуръ и склеиванія ихъ съ повязкой.

Во всѣхъ случаяхъ примѣненія этой операціи у насъ не наблюдалось никакихъ серьозныхъ осложненій—ни въ періодѣ заживленія, ни въ послѣдующемъ теченіи; дважды получился значительный отекъ вѣкъ (№№ 25, 39), но онъ не имѣлъ никакого значенія для послѣоперaціоннаго заживленія и объяснялся, вѣроятно, нѣкоторой травмой вѣка при операціи.

Лигатуры очень мало раздражали; рана быстро склеивалась и на 3-й день швы удалялись.

Результаты операціи представляются въ слѣдующемъ видѣ:

а) по отношенію къ процессу на конъюнктивѣ—въ 4-хъ случаяхъ полное излеченіе (№№ 2, 25, 23, 39) въ томъ смыслѣ, что совершенно исчезли и зерна и инфильтрація конъюнктивы. И черезъ годъ (№ 2) и почти черезъ 2 (№ 39) оперированные были очень довольны, не испытывали никакихъ субъективныхъ непріятныхъ ощущеній въ родѣ сухости слизистой и под. Въ 2-хъ случаяхъ (№№ 40, 45) замѣтно было улучшеніе; въ остальныхъ, за краткостью наблюденія, измѣненія со стороны

конъюнктивы не отмѣчены, но и тамъ уже замѣчалось улучшеніе со стороны роговой оболочки.

b) По отношенію къ роговой оболочкѣ въ 4-хъ случаяхъ послѣдовало полное исчезновеніе pannus'а, съ его сосудами и остались (у 3-хъ) только точечныя стойкія помутнѣнія глубокихъ слоевъ роговой оболочки (№№ 2, 23, 25, 39); въ 4-хъ замѣтное уменьшеніе pannus'а (№№ 45, 71, 72, 73). Въ одномъ случаѣ, не смотря на исчезновеніе инфильтраціи и зеренъ на конъюнктивѣ, pannus все еще держался, хотя тоже пошелъ на улучшеніе. (№ 40).

c) По отношенію къ остротѣ зрѣнія во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ результатъ получился положительный, что можно видѣть изъ нижеслѣдующей таблицы:

Visus до операціи.	Число случаевъ.	Visus послѣ операціи. Число случаевъ. 4-5/cc	8/cc	12/cc	20/cc	20/L	20/xxx
Vis 1/cc.	3	3	—	—	—	—	—
„ 4/cc.	2	—	1	1	—	—	—
„ 8/cc.	1	—	—	—	1	—	—
„ 10/cc.	1	—	—	—	1	—	—
„ 20/cc.	2	—	—	—	—	1	1

3. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки.

Показанія: Эта операція производилась нами въ самыхъ тяжелыхъ и большею частью запущенныхъ случаяхъ трахомы: только у 3-хъ оперированныхъ больныхъ не было pannus'а (№№ 8, 22, 29—5 глазъ); во всѣхъ остальныхъ имѣлся pannus большей или меньшей степени. У 3-хъ больныхъ (№№ 6, 22, 60—4 оперир. глаза) конъюнктива представляла картину развитой трахомы,—trachoma florescens,—здѣсь преобладали сосочковыя разрастанія и зерна.

Въ остальныхъ,—то имѣлись зерна на инфильтрированной конъюнктивѣ переходной складки и хряща вѣкъ, то болѣзнь представляла чаще ту форму, какая соотвѣтствуетъ понятію—sulziges Trachom—въ смыслѣ Stellwag'а: „вся переходная складка и даже часть conjunctivae tarsi, прилежащая къ ней, покрыта сплошною сѣрою массой, образующей плотный толстый валъ, точно амилоидно-перерожденная оболочка“. (Мандельштаммъ). Медикаментозное леченіе въ этихъ случаяхъ оказывалось недѣйствительнымъ, ме-

ханическое также безрезультатнымъ, а между тѣмъ болѣзнь время отъ времени давала вспышки и обостренія, постоянно угрожая послѣднимъ остаткамъ зрѣнія больныхъ. Хрящъ верхняго вѣка большею частью былъ утолщенъ на ощупь. Острота зрѣнія до операціи была обыкновенно понижена, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣлась слѣпота (vis. $^1/\infty$—$^1/_{1000}$—$^1/cc$).

Производство операціи совершенно подобно тому, какъ и при простой эксцизіи верхней переходной складки. По наложеніи лигатуръ на бульбарный лоскутъ конъюнктивы, послѣдній также, какъ и при простой эксцизіи на верхнемъ вѣкѣ, мы оттягиваемъ этими лигатурами книзу, причемъ отчетливо выступаютъ перемычки и спайки идущія къ мышцѣ, которыя разсѣкаются и весь лоскутъ отпрепаровывается еще къ bulbus'у (Рис. 2).

Дальнѣйшій ходъ операціи отличается отъ простой эксцизіи тѣмъ, что второй разрѣзъ ведется уже не по переходной складкѣ, а захватываетъ гораздо большую область: разрѣзъ проводится отступя отъ рѣсничнаго края вѣка на 2—3 mm. (по Kuhnt'у не ближе 2,5 mm. отъ внутренняго ребра рѣсничнаго края) черезъ всю толщу хряща поперечно къ выводнымъ протокамъ Мейбоміевыхъ железъ. Вѣко при этомъ напрягается на роговой пластинкѣ (Рис. 3).

Очерченный такимъ образомъ участокъ переходной складки и конъюнктивы tarsi вмѣстѣ съ хрящемъ отпрепаровывается тщательно отъ мышцы. Роговую пластинку въ этомъ моментѣ операціи, по нашему мнѣнію, также лучше всего не удалять, такъ какъ вѣко, напряженное на пластинкѣ, меньше кровоточитъ и препаровка идетъ чаще. Ассистентъ при этомъ одной рукой удерживаетъ на пластинкѣ вѣко, фиксированное у рѣсничнаго края Blomer'овскимъ пинцетомъ, а другой захватываетъ анатомическимъ пинцетомъ мышечные пучки, въ то время какъ оперирующій въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ захватываетъ отдѣляемый хрящъ.

Второй помощникъ вытираетъ кровь. Намъ казалось, что для тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣется недостатокъ въ помощникахъ, вмѣсто 2-хъ пинцетовъ Blomer'a, занимающихъ иногда обѣ руки ассистента, полезно было бы имѣть одинъ пинцетъ для выворачиванія переходной складки. Такой пинцетъ и былъ приготовленъ по нашему заказу изъ торзіоннаго пинцета; каждая бранша его развѣтвляется на концѣ вилообразно и заканчивается зубчиками.

Нѣсколько разъ этотъ пинцетъ примѣнялся при операціяхъ, онъ требуетъ еще усовершенствованія, но при условіяхъ клинической работы, при достаточномъ числѣ помощниковъ, лучше пользоваться пинцетами Blomer'а.

Самый верхній край хряща, послѣ отпрепаровки, отрѣзается отъ мышцы ножницами, начиная съ височнаго края. По отдѣленіи, пинцетъ Blomer'а и роговая пластинка удаляются; рана промывается и закрывается отпрепарованнымъ прежде лоскутомъ здоровой конъюнктивы при помощи уже ранѣе продѣтыхъ черезъ бульбарный край раны швовъ. Теперь непремѣнно нужно слѣдить, чтобы иголки черезъ конъюнктиву и хрящъ проводились на симметричныхъ мѣстахъ. При употребленіи тонкаго чернаго шелку (№ 16) узелъ получается ничтожный. Нитки опять обрѣзаются такимъ образомъ, что концы ихъ выступаютъ изъ подъ верхняго вѣка. Повязка на оперированный глазъ въ формѣ согрѣвающаго компресса, на здоровый—обыкновенная или легкая.

Продолжительность операціи въ зависимости отъ опытности оператора и другихъ условій случая—20—40 минутъ. Удаленіе швовъ—на 3-й день (по Kuhnt'у на 5—6-й). Снимать швы вообще довольно трудно, въ особенности если больной плохо владѣетъ движеніями глаза. Въ иныхъ случаяхъ приходится даже фиксировать верхнее вѣко подъемникомъ Демарра и, конечно, съ большой осторожностью, чтобы не раздвинуть края свѣжей раны.

Неоднократно мы присоединяли къ эксцизіи еще и операцію кантопластики (№№ 6, 9, 18, 30, 37)—въ случаяхъ узкой глазной щели, или если больной слабо владѣетъ движеніями глазного яблока. Контопластика значительно облегчаетъ производство операціи и, можетъ быть, имѣетъ значеніе въ цѣляхъ устраненія осложненій со стороны роговой оболочки, по скольку онѣ зависятъ отъ давленія вѣкъ.

Уходъ за оперированнымъ глазомъ въ первые дни послѣ операціи очень несложенъ: ежедневно дѣлается перевязка утромъ, а въ случаѣ раздраженія глаза и вечеромъ; при этомъ впускается кокаинъ въ конъюнктивальный мѣшокъ. Влажнымъ шарикомъ ваты удаляется слизь; если же много ея скопляется на лигатурахъ, то конъюнктивальный мѣшокъ черезъ нижнее вѣко слегка промывается борнымъ (2—3%) растворомъ; подъ верхнее вѣко вводится 5% ксероформенная мазь. По удаленіи швовъ, повязка накладывается на оперированный глазъ еще 2—3 дня.

Впослѣдствіи, если больной не уходитъ изъ подъ наблюденія, примѣняется смазываніе конъюнктивы прижигающими и вяжущими,—сперва только на нижнемъ вѣкѣ, а потомъ черезъ 1—2 недѣли, когда образуется болѣе прочный рубецъ и становится безопаснымъ вывертываніе, и на верхнемъ.

Какихъ либо серьезныхъ осложненій во время производства операціи не было; нѣсколько разъ отмѣчалось значительное кровотеченіе (№№ 1, 8, 60) изъ артеріальныхъ сосудовъ у внутренняго угла вѣкъ, но обыкновенно оно прекращалось само собой, такъ что не приходилось накладывать даже торзіоннаго пинцета.

Въ ближайшіе дни послѣ операціи наблюдались болѣе серьозныя осложненія—поверхостный кератитъ (keratitis superficialis circumscripta), кровотеченіе на повязку (№ 10); въ дальнѣйшемъ теченіи замѣчены были—образованіе грануляцій, кратковременный ptosis, образованіе неровнаго рубца и конъюнктивальныхъ перемычекъ.

Поверхностный ограниченный кератитъ наблюдался въ 7-ми случаяхъ (№№ 1, 5, 4,7, 20, 30 и 34); въ одномъ случаѣ—потеря эпителія съ послѣдующимъ изъязвленіемъ роговой оболочки (№ 22).

Въ 5-ти случаяхъ кератитъ прошелъ или безъ слѣда, или оставивъ прозрачную фасетку роговой оболочки; въ 2-хъ осталось периферическое помутнѣніе (macula corneae), также не отразившееся на остротѣ зрѣнія. Поверхностное изъязвленіе роговой оболочки (№ 22) также протекло, оставивъ лишь прозрачную фасетку; черезъ годъ больной (не лѣчившійся за это время) пришелъ съ явленіями рубцовой трахомы и хорошимъ зрѣніемъ.

Въ одномъ случаѣ операція произведена была (№ 1) уже при наличности инфильтратовъ роговой оболочки. Образовавшаяся впослѣдствіи язва роговой оболочки отличалась торпиднымъ характеромъ, повидимому независимо отъ эксцизіи.

Появленіе грануляцій (№№ 23, 24, 27) гдѣ либо на протяженіи линіи разрѣза относится уже къ концу первой, ко второй недѣлѣ послѣ операціи, или къ позднѣйшему времени. Появленіе ихъ зависитъ или отъ расхожденія краевъ раны, или вслѣдствіе неплотнаго соединенія послѣднихъ; оно вызываетъ инъэкцію и значительное раздраженіе глаза. Зрѣніе, уже повысившееся къ тому времени, вновь падаетъ. Но это осложненіе не имѣетъ большого значенія,—разрастанія или срѣзаются послѣ кокаинизаціи, или исчезаютъ послѣ нѣсколькихъ смазываній ляписомъ

(1%). Одинъ разъ замѣченъ былъ кратковременный ptosis; но черезъ нѣсколько дней подвижность вѣка возстановилась сполна. (№ 19). При продолжительномъ наблюденіи обостреніе болѣзни можно было отмѣтить только у 2-хъ больныхъ (№№ 2 и 3); это были первые изъ оперированныхъ нами,—въ одномъ изъ этихъ случаевъ получился не совсѣмъ ровный рубецъ и удалена была незначительная часть хряща.

Небольшія конъюнктивальныя перемычки между глазнымъ яблокомъ и вѣкомъ (№ 1, 8) совершенно не отражались на подвижности глазного яблока.

Здѣсь слѣдуетъ отмѣтить, что мы ни разу не наблюдали тѣхъ осложненій, какія были указаны другими, какъ заворотъ, выворотъ, xerosis и под.

Во многихъ случаяхъ послѣ операціи мы наблюдали излеченіе трахомы, при чемъ излеченными мы считали тѣ случаи, когда наблюдалось полное исчезновеніе зеренъ и инфильтраціи конъюнктивы, когда на конъюнктивѣ образовывался гладкій ровный рубецъ послѣопераціонный въ глубинѣ мелкаго свода и рубцы послѣ перенесенной трахомы; исчезали всѣ явленія раздраженія глаза, слизистая часто была блѣдна и не требовала дальнѣйшаго леченія.

Результаты операціи а) по отношенію къ процессу на конъюнктивѣ представляются въ слѣдующемъ видѣ:

1. Безъ рѣзкихъ измѣненій. . . . . 8.
(№№ 5, 27, 33, 35, 58, 64, 70).

2. Значительное улучшеніе . . . . 39.
(№№ 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 24, 26, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69).

3. Излеченіе . . . . 19.
(№№ 1, 3, 4, 8, 10, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 29).

b) По отношенію къ роговой оболочкѣ:

1. Исчезновеніе pannus'а въ 19 случаяхъ.
2. Значительное прогрессирующее разсасываніе его . . 39.
3. Безъ измѣненія. . . . . 3.

c) По отношенію къ остротѣ зрѣнія.

Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ зрѣніе повышалось, что можно видѣть изъ нижеслѣдующей таблицы.

Visus до операціи.	Число случаевъ.	Visus послѣ операціи. Число случаевъ.															
		1/∞	1/1000	1/cc	2/cc	3/cc	4/cc	5/cc	8/cc	10/cc	15/cc	20/cc	20/c	20/Lxx	20/L	20/xxx	20/xx
Vis. 1/∞	4	1	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ 1/1000	8	—	2	1	1	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
„ 1/cc	9	—	—	—	—	—	3	3	2	—	—	1	—	—	—	—	—
„ 2/cc	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
„ 3/cc	6	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	2	—	—	—	—	—
„ 4/cc	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—
„ 5/cc	7	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	1	—	1	—	—	—
„ 8/cc	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
„ 10/cc	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—
„ 15/cc	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
„ 20/cc	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—
„ 20/c	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ 20/LXX	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1
„ 20/L	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ 20/XL	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Итого *)	61	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Въ 10 случаяхъ послѣ комбинированной эксцизіи не было замѣчено повышенія зрѣнія,—частью за краткостью времени наблюденія (№ 35), частью вслѣдствіе стойкихъ измѣненій на роговой оболочкѣ, имѣвшихся до операціи—macula corneae, keratectasia и другихъ причинъ (№№ 5, 9, 22, 31, 33, 34, 38).

Нельзя не указать на слѣдующій интересный и важный фактъ, уже отмѣченный и другими авторами: вырѣзываніе верхней переходной складки благопріятно вліяетъ на теченіе трахомы, содѣйствуя самоизлеченію конъюнктивы нижняго вѣка и остатковъ трахомы на верхнемъ.

Больные, посѣщавшіе клинику аккуратно изъ года въ годъ въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, послѣ эксцизіи прекращаютъ посѣщенія и появляются лишь вслѣдствіе обостренія болѣзни на другомъ не оперированномъ глазу, при чемъ оказывается, что на оперированномъ глазу иногда безъ всякаго леченія инфильтра-

*) Въ 5 случаяхъ Vis не былъ записанъ.

ція конъюнктивы исчезаетъ и болѣзнь переходитъ въ рубцовый стадій. Но, конечно, мы далеки отъ того, чтобы обобщать эти случаи; большею частью, послѣдующее медикаментозное леченіе послѣ эксцизіи необходимо.

На мѣстѣ резекціи переходной складки обыкновенно получается тонкій линейный рубецъ; онъ никогда не раздражаетъ, а со временемъ становится такъ малъ, что при осмотрѣ конъюнктивы нужно особенное вниманіе, чтобы его замѣтить; обращаетъ на себя вниманіе лишь очень мелкій сводъ конъюнктивы.

Срокъ, въ теченіе котораго болѣзнь излѣчивается эксцизіей переходной складки, въ нашихъ случаяхъ не поддается точному опредѣленію. Нѣкоторые больные, какъ уже отмѣчено сейчасъ, получивъ вскорѣ послѣ операціи улучшеніе, оставляли леченіе и когда возвращались черезъ долгій промежутокъ, то конъюнктива уже не требовала примѣненія лѣкарственныхъ средствъ. Обыкновенно черезъ 1—2 недѣли послѣ операціи, за самыми рѣдкими исключеніями, наступаетъ значительное улучшеніе и тѣ больные, острота зрѣнія которыхъ до операціи была рѣзко понижена, получаютъ возможность обходиться безъ посторонней помощи, а черезъ $1^1/_2$—2 мѣсяца конъюнктива приходитъ въ состояніе, граничащее съ излеченіемъ.

4. Вылущеніе хряща верхняго вѣка (Knorpel Ausschälung Kuhnt'a).

Показанія: Для этой операціи нами выбирались случаи рубцовой трахомы съ pannus'омъ,—тѣ случаи, когда процессъ на конъюнктивѣ уже закончился, а между тѣмъ упорный и большой pannus дѣлаетъ человѣка не работоспособнымъ. Рубцовая конъюнктива представляется при этомъ въ большинствѣ случаевъ гиперэмированною, хрящъ корытообразно изогнутымъ, иногда утолщеннымъ наощупь; заворотъ вѣкъ отсутствуетъ, или уже прежде исправленъ оперативнымъ путемъ (№ 48), а одинъ разъ исправленъ послѣ эксцизіи (№ 55). Консервативные способы леченія, примѣнявшіеся въ теченіе продолжительнаго времени—смазываніе растворомъ ляписа, сѣрнокислой мѣдью, массажъ pann'озной роговой оболочки раздражающими мазями и пр., въ такихъ случаяхъ оказывались безрезультатными.

Производство операціи, согласно описанію, данному Kuhnt'омъ. Вывернутое вѣко фиксируется по срединѣ свободнаго

рѣсничнаго края пинцетомъ Blomer'a и удерживается помощникомъ на роговой пластинкѣ. Параллельно рѣсничному краю вѣка, отступивъ отъ него mm. на 2, дѣлается разрѣзъ черезъ конъюнктиву и хрящъ вплоть до мышцы. (Рис. 4). Затѣмъ конъюнктива осторожно отпрепаровывается отъ хряща остроконечнымъ скальпелемъ, при чемъ это производится или на пластинкѣ же (меньше кровотеченіе), или она вынимается (при мало напряженномъ вѣкѣ конъюнктива легче отстаетъ отъ хряща). При этомъ конъюнктива пинцетомъ, по возможности, не захватывается, а только хрящъ; отпрепаровывается хрящъ также и отъ мышцы, послѣ чего у верхняго его края онъ отрѣзается ножницами. Роговая пластинка и пинцетъ Blomer'a удаляются. Глазъ промывается 2% растворомъ борной кислоты. Шовъ на конъюнктивальную рану иногда накладывается (изъ чернаго шелку)— и это въ томъ случаѣ, если конъюнктива сократилась, подвертывается и неплотно соприкасаются края раны. Иногда края раны такъ ровно и аккуратно склеиваются, что нѣтъ никакой нужды въ швахъ. Кровотеченіе—обыкновенно незначительное. Повязка на оба глаза, если наложены швы и на одинъ, если края раны соприкасаются безъ швовъ. Швы снимаются на 2—3 й день.

Технически эта операція не во всѣхъ случаяхъ одинаково легка и проста, —необходимо отпрепаровывать тщательно, не травматизировать и не обрѣзать спаянную съ хрящемъ рубцовую конъюнктиву, каждый миллиметръ которой въ этомъ періодѣ трахомы вдвойнѣ дорогъ для больного глаза. Необходимо слѣдить за тѣмъ, чтобы края конъюнктивальной раны прилегали наивозможно ровнѣе и точнѣе, дабы получился линейный рубецъ и не образовались грануляціи.

Серьезныхъ осложненій при этой операціи нами не наблюдалось, за исключеніемъ образованія въ одномъ случаѣ въ ближайшее время послѣ операціи не совсѣмъ ровнаго рубца. (№ 33).

Больные оперированные нами по этому способу, обладали чрезвычайно пониженной остротой зрѣнія,— большинство изъ нихъ были на порогѣ слѣпоты; тѣмъ поразительнѣе былъ результатъ операціи по отношенію къ pannus'у и остротѣ зрѣнія. Въ одномъ только случаѣ, за недѣльный срокъ наблюденія, зрѣніе осталось прежнее (№ 76) и въ одномъ результатъ былъ слабый вслѣдствіе образованія на первое время неровнаго рубца на мѣстѣ разрѣза (№ 33). Измѣненіе остроты зрѣнія послѣ операціи можно видѣть изъ слѣдующей таблицы:

Visus до операціи.	Число случаевъ.	Visus послѣ операціи. Число случаевъ.									
		$^1/cc$	$^2/cc$	$^3/cc$	$^4/cc$	$^5/cc$	$^8/cc$	$^{10}/cc$	$^{15}/cc$	$^{20}/cc$	$^{20}/LXX$
Vis. $^1/cc$	8	1	—	—	3	2	—	—	—	2	—
„ $^2/cc$	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—
„ $^3/cc$	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ $^4/cc$	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
„ $^5/cc$	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
„ $^{10}/cc$	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
„ $^{15}/cc$	1	—	неизвѣстно.		—	—	—	—	—	—	—
„ $^{20}/cc$	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Всего	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Улучшеніе зрѣнія наступаетъ большею частью въ первыя же 2 недѣли.

Какихъ либо функціональныхъ нарушеній въ зависимости отъ вылущенія хряща съ частью его железъ, какъ напр., сухость слизистой оболочки, заворотъ вѣкъ и под., наблюдать намъ не приходилось.

Срокъ, въ теченіи котораго наблюдались оперированные больные, колеблется отъ 1 недѣли до 1 года. Наблюдавшіеся нами случаи вылущенія хряща даютъ основаніе высказаться самымъ сочувственнымъ образомъ объ этой операціи.

2. Степень укороченія конъюнктивальнаго мѣшка послѣ эксцизіи верхней переходной складки.

Если представить себѣ удаляемый участокъ переходной складки конъюнктивы и хрящевой ея части на протяженіи верхняго вѣка, не доходя 2—3 mm. рѣсничнаго края, то невольно является мысль о необыкновенномъ укороченіи конъюнктивальнаго мѣшка, какое можетъ быть въ результатѣ этой операціи. Такое укороченіе, разсуждая теоретически, можетъ повести къ цѣлому ряду функціональныхъ нарушеній, какъ наприм., неполное закрытіе глазной щели, ограниченіе подвижности глазного яблока, вслѣд-

ствіе отсутствія свода конъюнктивы, заворота или выворота вѣка. Такія опасенія, какъ видно изъ приведенныхъ выше литературныхъ данныхъ, и высказывались неоднократно при обсужденіи этого способа леченія трахомы. Однако эти опасенія совершенно неосновательны. Въ дѣйствительности, укороченіе конъюнктивальнаго мѣшка далеко не соотвѣтствуетъ размѣрамъ резецируемой переходной складки и хряща. Для обоснованія этого положенія нами произведены были измѣренія глубины верхняго конъюнктивальнаго мѣшка до и послѣ операціи и опредѣлялись размѣры удаляемой переходной складки.

Д—ръ Г. Герценштейнъ (1885) [120]), занимавшійся измѣреніями конъюнктивальнаго мѣшка (syndesmometria), пользовался для этой цѣли особой гибкой линейкой съ дѣленіями. Глубину верхняго конъюнктивальнаго мѣшка у здоровыхъ людей (отъ рѣсничнаго края до верхняго свода) онъ нашелъ равною въ среднемъ 22—24‴. Подобныя же измѣренія до него производилъ на трупахъ Richet [121]) и глубину верхняго конъюнктивальнаго мѣшка опредѣлилъ въ 22—25 mm.

При своихъ измѣреніяхъ мы также пользовались такой линейкой изъ слоновой кости, съ дѣленіями до 0,5 mm. Послѣ кокаинизаціи конъюнктивальнаго мѣшка, линейка вводилась подъ верхнее вѣко до тѣхъ поръ, пока не встрѣчалось препятствіе со стороны свода; больной при этомъ смотрѣлъ внизъ. Затѣмъ по дѣленіямъ на линейкѣ у рѣсничнаго края вѣкъ отсчитывалась глубина верхняго конъюнктивальнаго мѣшка до и послѣ операціи. Размѣры вырѣзываемой переходной складки опредѣлялись въ миллиметрахъ по длинѣ и наибольшей ширинѣ.

Измѣренія производились непосредственно до операціи и недѣли черезъ $1^1/_2$—2 послѣ операціи. Такъ какъ при дальнѣйшемъ наблюденіи никакихъ указаній на опасное съуженіе конъюнктивальнаго мѣшка не было, то черезъ долгое время послѣ операціи измѣренія систематически не производились и сдѣлано было повѣрочное измѣреніе только у 5 лицъ черезъ промежутокъ отъ 10 мѣсяц. до 1 года послѣ операціи. Эти послѣднія измѣренія дали колебанія въ сторону плюсъ и минусъ на 1—2 mm. и могли зависѣть отъ несовершенства самаго метода измѣренія.

Измѣренія предприняты были послѣ операціи комбинированной эксцизіи и результаты ихъ представлены въ слѣдующей таблицѣ:

№ по порядку.	№ исторіи болѣзни.	Имя.		Размѣры изсѣченаго куска слизистой.	Глубина верхняго конъюнктивальнаго мѣшка.		Уменьшеніе верхн конъюктивальнаго мѣшка въ миллим. на:
					До операціи.	Послѣ операціи.	
1	3	Настасья П.					
			Oc. d.	—	—	13 mm.	
			Oc. s.	17×10	14,5	9	5,5 mm.
2	1	Діомидъ М.					
			Oc. d.	24×9	15	9	6
			Oc. s.	—	15	12	3
3	18	Татьяна Р.					
			Oc. d.	—	11	8	3
			Oc. s.	17×6	11	8	3
4	33	Игнатій Х.					
			Oc. d.	19×8	12,5	9	3,5
			Oc. s.	—	12		
5	34	Ирина К.					
			Oc. d.	25×10	15	11,5	3,5
			Oc. s.	—	15	—	
6	35	Ульяна Г.					
			Oc. d.	—	13	—	
			Oc. s.	20×7	13	9	4
7	23	Исаакъ Кр.					
			Oc. d.	20×6	18	13,5	4,5
			Oc. s.	—	18	—	
8	24	Лукерья К.					
			Oc. d.	—	13	—	
			Oc. s.	13×9	13,5	10	3,5
9	25	Василій П.					
			Oc. d.	22×4	14	12	2
			Oc. s.	—	15	—	
10	26	Устинья Б.					
			Oc. d.	—	15	—	
			Oc. s.	20×6	15,5	9	6,5
11	27	Степанъ В.					
			Oc. d.	19×7	14	—	
			Oc. s.	20×9	14	9	5
12	28	Дарья М.					
			Oc. d.	24×8	15	10	5
			Oc. s.	—	15	—	
13	29	Любовь К.					
			Oc. d.	21×6	11	8	3
			Oc. s.	—	—	—	—

№ по порядку.	№ исторіи болѣзни.	Имя.		Размѣры изсѣченнаго куска слизистой.	Глубина верхняго конъюктивальнаго мѣшка. До операціи.	После операціи.	Уменьшеніе верхн. конъюктивальнаго мѣшка въ миллим. на:
14	30	Гавріилъ К.					
			Oc. d.	23×7	16	10,5	5,5
			Oc. s.	17×7	16	10,0	6
15	31	Матрена С.					
			Oc. d.	19×5	12	8	4
			Oc. s.	19×6	13	9	4
16	32	Михаилъ Ш.					
			Oc. d.	—	—	—	—
			Oc. s.	16×7	12	9	3
17	15	Димитрій Х.					
			Oc. d.	—	—	—	—
			Oc. s.	15×8	15,5	8	7,5
18	19	Ѳекла Т.					
			Oc. d.	20×9	14	11,5	2,5
			Oc. s.	—	—	—	—
19	22	Иванъ М.					
			Oc. d.	—	14	10	4
			Oc. s.	23×10	14	9	5
20	20	Мавра Н.					
			Oc. d.	—	13	—	—
			Oc. s.	17×7	13	8	5
21	16	Хасанъ Х.					
			Oc. d.	—	14	—	—
			Oc. s.	20×6	14	9	5
22	21	Михаилъ Ер.					
			Oc. d.	25×7	12	—	—
			Oc. s.	21×9	12	8	4
23	38	Борисъ З.					
			Oc. d.	—	14	—	—
			Oc. s.	15×6	11	7	4
24	37	Димитрій Т.					
			Oc. d.	21×8	17	10	7
			Oc. s.	20×9	18	10	8
		Въ среднемъ		19,7×7,4*)	14,0	9,5	4,5

*) По Kuhnt'у размѣры удаляемаго куска слизистой могутъ достигать 25 mm. въ длину и 15 mm. въ ширину.

Изъ этой таблицы видно, что удаленіе куска переходной складки съ хрящемъ извѣстной ширины еще далеко не означаетъ, что на туже самую величину послѣдуетъ и укороченіе конъюнктивальнаго мѣшка. Въ среднемъ размѣры резецируемой переходной складки по ширинѣ равняется 7,4 mm.; укороченіе же размѣровъ конъюнктивальнаго мѣшка происходитъ въ среднемъ лишь на 4,5 mm.; остальные 2,9 возмѣщаются, по всей вѣроятности, главнымъ образомъ на счетъ эластичности конъюнктивы, отчасти на счетъ уменьшенія гипертрофіи и разсасыванія инфильтраціи трахоматозной конъюнктивы послѣ операціи.

Небольшой линейный рубецъ, какъ показали наши, правда, немногія измѣренія, не ведетъ къ сморщиванію конъюнктивальнаго мѣшка и въ болѣе отдаленномъ времени.

3. Исторіи болѣзней.

Клиническіе случаи.

№ 1.

Діомидъ М., 40 л., сапожникъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum, Pannus trachomatosus oc. s.

Анамнезъ: Нѣсколько лѣтъ (отъ 2—3) лѣчился различными лѣкарственными средствами въ амбулаторіи глазной клиники; неоднократно производилось выдавливаніе трахоматозныхъ зеренъ. Болѣзнь не поддавалась леченію и часто обострялась; лѣвый глазъ, благодаря частымъ обостреніямъ болѣзни, мѣшалъ работѣ.

Stat. praes. 9 февр. 1906 г.

Конъюнктива верхняго вѣка лѣв. глаза частью въ состояніи рубцеваго перерожденія, но больше въ состояніи разлитой инфильтраціи, особенно по переходной складкѣ; хрящъ верхняго вѣка утолщенъ; конъюнктива нижняго вѣка инфильтрована меньше. Правый глазъ здоровъ.

Vis. $^{20}/_{XX}$ oc. d.

Vis. $^{10}/_{CC}$ oc. s.

Операція, 9 февр. 1906 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣв. глаза. При операціи значительное кровотеченіе. Рана зашита 3 швами изъ обыкновеннаго шелку. Вечеромъ повязка промокла отъ крови. Повязка на оба глаза. 10 февр. Верхнее вѣко отечно, роговая обо-

лочка безъ измѣненій; раздраженіе со стороны швовъ есть, но не очень безпокоитъ. 11 февр. Глазъ не болитъ; повязка на одинъ глазъ. 12 февр. Отекъ верхняго вѣка усилился, поверхностный сѣрый инфильтратъ на роговой оболочкѣ. Швы сняты. 14 февр. Отекъ вѣкъ меньше; инфильтратъ меньше. 20 февр. Явленій раздраженія нѣтъ; глазъ не болитъ; pannus исчезъ, на его мѣстѣ частичныя точечныя помутнѣнія. Инфильтрація конъюнктивы об. вѣкъ меньше.

Черезъ годъ, въ январѣ 1907 г.:

Оперированный глазъ совершенно не безпокоитъ; послѣ операціонный рубецъ не раздражаетъ. Конъюнктива верхняго вѣка блѣдна, не инфильтрована; съ конъюнктивы верхняго вѣка къ глазному яблоку идутъ небольшія перемычки; подвижность глазного яблока и вѣкъ не нарушена. На конъюнктивѣ нижняго вѣка трахомы также нѣтъ. V. $^{20}/c$ oc. s.

Правый глазъ: Trachoma acutum.

Для праваго глаза примѣнено обычное лѣкарственное леченіе, но болѣзнь перешла въ хроническую форму. 24 февр. Произведено вырѣзываніе инфильтрированной, утолщенной переходной складки нижняго вѣка праваго глаза и выдавливаніе зеренъ на верхнемъ вѣкѣ.

Получивъ облегченіе, больной скоро ушелъ изъ подъ наблюденія и вновь явился черезъ годъ, 18 янв., въ такомъ состояніи:

Лѣвый глазъ, послѣ комбинированной эксцизіи, произведенной 2 года назадъ, не доставляетъ никакихъ безпокойствъ, напротивъ, только благодаря ему больной можетъ работать. Vis. $^{20}/Lxx$ oc. s.

Правый глазъ: Обостреніе трахомы. До конца февраля правый глазъ лѣчился обычными лѣкарственными средствами, но процессъ на конъюнктивѣ не улучшался, на роговой оболочкѣ pannus не уменьшался и появились множественные инфильтраты, не обнаруживавшіе наклонности къ разсасыванію. Vis. $^{8}/cc$.

29 февр. 1908. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки праваго глаза; наложено 5 швовъ. Повязка на оба глаза. 1 марта: Жалуется на боль въ глазу („мѣшаетъ подъ вѣкомъ"); роговая оболочка въ прежнемъ видѣ. 2 марта. Вѣко отечно; одинъ изъ инфильтратовъ роговой оболочки изъязвился. Сняты швы. 3 марта. Поверхностная язва не про-

грессируетъ; старые инфильтраты имѣютъ расплывчатый видъ, сравниваются съ паннознымъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи язва обнаружила торпидный характеръ и не увеличивась держалась около 4-хъ недѣль; вблизи зрачка образовалась macula corneae.

29 сент. 1908. Конъюнктива верхняго вѣка блѣдна, не инфильтрирована; рубцы не безпокоятъ; конъюнктира нижняго вѣка значительно гиперэмирована; pannus'а нѣтъ. Рубцы на обоихъ въ сводѣ замѣтны съ трудомъ. Vis. ^{10}/cc oc. d. V. ^{20}/Lxx oc. s.

№ 2.

Иванъ Л--ко, 14 лѣтъ, сынъ фельдшера.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomat. oc utr. Argyrosis.

Анамнезъ: Въ теченіе 3-хъ лѣтъ лѣчился въ различныхъ мѣстахъ медикаментозными средствами; изъ за слабости зрѣнія оставилъ ученье.

Stat. praes. На конъюнктивѣ переходной складки и хряща вѣкъ зерна отчасти въ періодѣ распада, конъюнктива диффузно инфильтрована.

Vis ^{8}/cc об. глазъ.

Операція, 7 марта 1906 г., простой эксцизіи верхней переходной складки прав. глаза. Заживленіе безъ осложненій, послѣ чего больной уѣхалъ домой.

Почти черезъ годъ, въ февралѣ 1907 г., онъ явился вновь, съ просьбой „почистить„ и другой глазъ. Состояніе его глазъ въ это время представлялось въ слѣдующемъ видѣ:

На конъюнктивѣ оперированнаго верхняго вѣка, въ сводѣ, линейный рубецъ, очень мало замѣтный, слѣды трахомы въ видѣ рубчиковъ; конъюнктива вѣка не инфильтрована, какъ верхняго, такъ и нижняго, pannus'а нѣтъ; имѣются лишь стойкія точечныя помутнѣнія.

Vis ^{20}/cc oc. d. (оперированнаго).

Oc. sin. Рубцующаяся трахома съ рѣзкой инфильтраціей конъюнктивы переходной складки и хряща. Pannus.

Vis ^{8}/cc oc. sin.

Операція, 12 февр. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 15 февр. Сняты швы.

18 февр. Оставленъ безъ повязки. 27 Февр. Pannus меньше 15 марта. Vis $^{10}/cc$ oc. s. Зеренъ нѣтъ, инфильтрація незначительная. 4 окт. 1908. Vis $^{20}/cc$ oc. d. Vis $^{10}/cc$ oc. s. Катарральное отдѣляемое изъ конъюнктивнаго мѣшка лѣваго глаза; зерна. Сдѣлано выдавливаніе.

№ 3.

Анастасія П—ва, 22 л., прислуга.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится больше 2-хъ лѣтъ амбулаторно; неоднократно производилось выдавливаніе трахоматозныхъ зеренъ. Процессъ часто обостряется.

Status. praes. На утолщенной, набухшей конъюнктивѣ вѣкъ, какъ на переходной складкѣ, такъ и на хрящевой части—зерна. Хрящъ утолщенъ. Pannus больше на правомъ глазу.

Vis $^{3}/cc$ oc. d.

Vis $^{20}/cc$ oc. s.

Операція, 22 ноября 1906 г.; комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза; удаленъ не совсѣмъ ровный участокъ—снаружи шире (5 mm), чѣмъ снутри (2 mm) Рана закрыта 4 швами. Повязка на оба глаза.

22 ноябр. Небольшой отекъ вѣкъ; слизистое отдѣляемое—на лигатурахъ. Повязка промокла отъ крови. Глазъ не болитъ. 25 нояб. Повязка на одинъ глазъ. 27 нояб. Сняты швы. 29 нояб. Легкая повязка. 30 нояб. Вѣки открываются свободно. 4 дек. Выдавливаніе трахомат. зеренъ на нижнемъ правомъ, послѣ чего присоединена простая эксцизія переходной складки нижняго вѣка праваго глаза. 7 дек. Особыхъ явленій раздраженія нѣтъ.

Въ февралѣ 1907 г. больная показывалась очень довольная результатами леченія; острота зрѣнія на оперированный глазъ повысилась до $^{10}/cc$; конъюнктива имѣла характеръ, какъ послѣ рубцовой трахомы,—нѣсколько блѣдна; рубецъ послѣопераціонный не совсѣмъ правильный,—въ наружной части съ конъюнктивальными перемычками къ глазному яблоку; подвижность глазного яблока и вѣкъ совершенно правильная.

Въ мартѣ мѣсяцѣ сперва обострилась трахома лѣваго глаза, а потомъ обнаружилось обостреніе болѣзни и на правомъ оперированномъ, съ появленіемъ зеренъ на конъюнктивѣ вѣкъ.

Не смотря на обычное, лѣкарственное и механическое леченіе болѣзнь ухудшалась. При изслѣдованіи 13 октября 1907 г. найдено:

Vis $^{2}/_{cc}$ oc. d. (оперирован.)

Vis $^{2}/_{1000}$ oc s.

Произведено выдавливаніе зеренъ на обоихъ. Наступило улучшеніе.

29 окт. 1907 г. при осмотрѣ найдено слѣдующее:

Oc. d.—процессъ на конъюнктивѣ законченный; на блѣдной конъюнктивѣ мелкіе рубцы; послѣоцераціонный рубецъ мало замѣтенъ. Незначительный pannus; въ наружной части роговой оболочки стойкія помутнѣнія.

Vis $^{5}/_{cc}$.

Oc. sin.: Распространенная инфильтрація конъюнктивы верхняго вѣка; утолшенный хрящъ. Pannus crassus.

Vis $^{1}/_{cc}$.

Операція, 31 окт. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 1 нояб. Смѣна повязки. Глазъ не болитъ. 2 нояб. Сняты швы.

8 нояб. Pannus меньше. Vis $^{5}/_{cc}$ oc. d. Vis $^{10}/_{cc}$ oc. s.

18 янв. 1908 г. Vis $^{10}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{20}/_{cc}$ oc. s.

Въ дальнѣйшемъ, въ мартѣ мѣсяцѣ 1908 г., еще наблюдалось возникновеніе инфильтратовъ на роговой оболочкѣ об. глазъ, протекшее безъ послѣдствій для установившейся остроты зрѣнія. Въ октябрѣ 1908 г.: Vis $^{10}/_{cc}$ oc. d. V. $^{20}/_{cc}$ oc. s. Конъюнктива вѣкъ перешла въ рубцовый стадій; конъюнктива нижняго вѣка прав. глаза нѣсколько утолщена. Maculae corneae. (post pann.)

№ 4.

Василиса Дм—ва, 52 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Leucoma adh. os. s. Pannus trachom. oc. utr. Blepharospasmus.

Анамнезъ: Въ теченіе 2-хъ недѣль лѣчилась амбулаторно въ клиникѣ обычными средствами, до исчезновенія блефароспазма.

Status praes. На конъюнктивѣ переходной складки и хряща вѣкъ зерна, частью распавшіяся и рубцующіяся; хрящевая часть вѣкъ утолщена. Vis $^{20}/_{cc}$ oc. d. V. $^{1}/_{\infty}$ os. s. Операція, 22 ноября

1906 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза, съ наложеніемъ 3 швовъ. Повязка на оба глаза. 23 ноября. Отекъ вѣкъ умѣренной степени. Глазъ не болитъ. 26 ноября. Напряженіе вѣкъ незначительное. 27 ноября. Сняты швы. 5 декабря Os. s. Vis $^1/cc$. 13 декабря Операція—эксцизіи нижней переходной складки лѣваго глаза. Выдавливаніе зеренъ на правомъ. 16 декабря Oc. s. V. $^3/cc$. 2 января 1907 г. Pannus'а на лѣвомъ нѣтъ. V $^4/cc$ (leucoma препятствуетъ повышенію зрѣнія). 3 января 1907 г. Операція — Комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. 5 января. Поверхностный ограниченный инфильтратъ рогов. об. прав. глаза. Швы удалены. 6 января. Инфильтратъ изъязвился. 7 февраля на мѣстѣ изъязвленія прозрачная фасетка, внѣ области зрачка.

Vis. $^{20}/LXX$ oc. d.

Vis $^4/cc$ os—s.

Конъюнктива не инфильтрована, не требуетъ леченія; послѣопераціонные рубцы не раздражаютъ; паннозныхъ сосудовъ меньше.

№ 5.

Ирина Г—ва, 21 года, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatos. oc. utr.

Анамнезъ: Нѣсколько лѣтъ больна глазами; съ сентября мѣсяца 1906 г. лѣчится амбулаторно въ клиникѣ; на лѣвомъ глазу было сдѣлано выдавливаніе зеренъ. Status praes. На конъюнктивѣ нижнихъ вѣкъ об. глазъ отдѣльныхъ зеренъ нѣтъ, но разлитая инфильтрація конъюнктивы. На конъюнктивѣ верхнихъ вѣкъ трахома рубцующаяся; отъ присутствія рубцовъ и изъязвленій конъюнктива имѣетъ шероховатый видъ. Pannus умѣренной степени.

Vis, $^{20}/cc$ каждаго глаза.

Операція, 29 ноября 1906 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Наложено 4 шва. 30 ноября. Повязка промокла отъ крови. Реакція самой умѣренной степени—отечность вѣкъ небольшая, роговая оболочка безъ измѣненій.

1 декабря. Въ кожѣ вѣка кровоподтекъ. Глазъ не болитъ. 3 декабря. Сняты швы. Конъюнктивальный разрѣзъ спаялся. 18 декабря. Pannus на правомъ меньше. 20 декабря. Vis $^{20}/$ LXX oc. d.

V^{20}/ cc. oc. s. Конъюнктива не инфильтрована. Лѣвый глазъ: Операція, 13 янв. 1907 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки; наложено 4 шва. 14 января. Поверхностный инфильтратъ роговой оболочки. 15 января. Сняты швы. 18 января. Инфильтратъ изъязвился. 20 января. Pannus больше. 31 января. Язва очистилась. 15 февраля. На мѣстѣ изъязвленія—macula corneae (снаружи отъ зрачка).

Vis ^{20}/cc.

№ 6.

Марѳа Ф—на, крестьянка, 30 л. Діагнозъ: Trachoma chronic. (florescens) Pannus trachomatosus oc. utr. Анамнезъ: Больная обратилась въ клинику въ началѣ Ноября 1907 г. Трахоматозныя разрастанія на конъюнктивѣ вѣкъ были такъ велики, что вѣко съ трудомъ можно было вывернуть. Предварительно было примѣнено лѣкарственное леченіе и выдавливаніе. Status praes. Трахоматозныя разращенія на инфильтрированной конъюнктивѣ об. глазъ. Pannus crassus—больше на лѣвомъ.

Vis. ^{2}/cc oc. d.

Vis. $^{1}/_{1000}$ oc. s.

Операція, 22 декабря 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза; края раны соединены 3 швами; передъ эксцизіей произведена кантопластика. 23 декабря. Повязка сухая; глазъ не болитъ. 24 декабря. Внутренній шовъ прорѣзался, 25 декабря. Выдѣлились остальные швы. Дальнѣйшее заживленіе безъ всякой реакціи. 1 февраля 1908. Pannus меньше, но имѣются стойкія macula corneae. Инфильтрація конъюнктивы, какъ верхняго, такъ и нижняго вѣка уменьшается.

Vis. ^{4}/cc oc. d.

Vis ^{2}/cc os. s.

18 марта. Конъюнктива верхняго вѣка лѣваго глаза свободна отъ инфильтраціи.

Vis. ^{5}/ cc. oc. d.

Vis. ^{4}/ cc. oc. s.

№ 7.

Петръ И—въ. 31 г.; крестьянинъ чернорабочій.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus. oc. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ 9-й мѣсяцъ; аккуратно лѣчится около 2-хъ мѣсяцевъ; недѣлю назадъ сдѣлано выдавливаніе зеренъ.

Status praes. Распространенная инфильтрація конъюнктивы всѣхъ 4-хъ вѣкъ; слизистая рыхла. Pannus по всей окружности роговой оболочки, остается свободною только область зрачка. Сильная свѣтобоязнь и слезотеченіе.

Vis $^{20}/cc$ oc. d.

Vis $^{5}/cc$ oc. s.

Операція, 3 января 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 4 января Отекъ конъюнктивы глазного яблока и вѣкъ. 5 января. Тоже. Сняты швы. 6 января. Поверхностный ограниченный инфильтратъ роговой оболочки. Глазъ болитъ. 7 января. Инфильтратъ изъязвился. Pannus больше. 22 января. На мѣстѣ изъязвленія—macula corneae. Явленій раздраженія нѣтъ. Pannus меньше. 27 января. Операція простой эксцизіи нижней переходной складки лѣваго глаза. 2 марта Инфильтрація конъюнктивы значительно меньше на оперированномъ.

Vis $^{20}/cc$ oc. b.

Vis $^{15}/cc$ oc. s.

№ 8.

Степанида П—чъ, 55 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Macula corn. oc. d.

Анамнезъ: Уже около года лѣчится смазываніями ляписомъ и сѣрнокислой мѣдью.

Status praer. Разлитая инфильтрація конъюнктивы вѣкъ. Конъюнктива и хрящъ утолщены, особенно вблизи переходной складки. Роговая оболочка свободна отъ pannus'а.

Операція, 27 янв. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Швы изъ чернаго шелку. 28 января. Глазъ не болитъ; небольшой отекъ конъюнктивы глазного яблока. 29 января. Сняты швы. Конъюнктивальная рана спаялась. 31 января. Легкая повязка. 2 февраля. Никакого раздраженія; оставлена безъ повязки. Около недѣли лѣчилась прижиганіями cuprum sulfur. и затѣмъ явилась для осмотра 17 сентября, при чемъ найдено:

Лѣвый глазъ (оперирован): нижнее вѣко гиперемировано; на конъюнктивѣ верхняго вѣка инфильтраціи нѣтъ, только мелкіе рубчики; отъ конъюнктивы верхняго идетъ небольшая перемычка къ конъюнктивѣ глазного яблока; никакихъ субъективныхъ жалобъ. Vis 20/L.

Правый глазъ имѣетъ такой же видъ, какъ полгода назадъ—разлитая инфильтрація конъюнктивы вѣкъ; вблизи переходной складки конъюнктива имѣетъ студенистый видъ; хрящъ утолщенъ. Vis. 20/c.

Операція, 19 сентября 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Значительное кровотеченіе; наложено 4 шва изъ чернаго шелку; согрѣвающая повязка.

21 сентября. Глазъ не болитъ. 22 сентября. Сняты лигатуры. 1 октября Смазываніе argent. nitric. Положеніе вѣкъ правильное. 8 января 1908. Инфильтрація конъюнктивы меньше. 4 февраля Инфильтраціи конъюнктивы нѣтъ. Послѣоперапіонные рубцы не раздражаютъ. Конъюнктива не требуетъ леченія.

Vis. 20/L. os. s.

Vis. 20/c. oc. d.

№ 9.

Марія Аб—ва, 38 лѣтъ, мѣщанка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatos. Argyrosis conjunctivae oc. utr.

Анамнезъ: Безуспѣшно лѣчится нѣсколько лѣтъ лѣкарственными средствами.

Status praes.: Отдѣльныхъ зеренъ, подходящихъ для выдавливанія, нѣтъ, а лишь разлитая инфильтрація съ утолщеніемъ конъюнктивы и хряща.

Vis 5/cc каждаго глаза.

Операція, 27 января 1907 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки прав. глаза; предварительно произведена кантопластика. 28 января. Особой реакціи нѣтъ. 29 января. Сняты швы. 5 февраля. Pannus меньше; инфильтрація слизистой—меньше.

17 февраля. Vis. 10/cc oc. d.

Vis. 5/cc oc. s.

№ 10.

Анна К—ва, 40 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus. Maculae corn. oc. utr.

Анамнезъ: Три года назадъ лѣчилась амбулаторно въ клиникѣ лѣкарственными средствами; было сдѣлано также и выдавливаніе.

Status praesens: Много зеренъ и разрастаній на инфильтрированной конъюнктивѣ вѣкъ об. глазъ. Vis. $^{10}/_{cc}$ каждаго глаза.

Операція, 21 декабря 1906 г., простой эксцизіи нижней переходной складки прав. глаза. 30 декабря. Линейный, мало замѣтный рубчикъ на мѣстѣ резекціи конъюнктивы. Инфильтрація нижняго вѣка меньше.

Операція, 31 января 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. 1 февраля 1907. Боли незначительныя. 2 февраля. Сильное кровотеченіе на повязку. Сняты швы. 7 февраля. Роговая болочка чище. 16 февраля. Vis $^{20}/_{cc}$ oc. d. V. $^{10}/_{cc}$ oc. s. 6 марта. Pannus'а и инфильтраціи нѣтъ.

Операція, 14 февраля 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Заживленіе безъ осложненій. 22 марта. Конъюнктива верхняго вѣка не инфильтрована и не требуетъ леченія. Pannus на лѣвомъ меньше. Vis. $^{20}/_{cc}$ каждаго глаза,

№ 11.

Мароа П—ва, 15 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus crassus oc. utr.

Анамнезъ: Съ октября мѣсяца 1907 г. амбулаторно лѣчится въ клиникѣ обычными средствами, включительно до выдавливанія.

Stat. praes. На конъюнктивѣ верхнихъ вѣкъ трахома въ періодѣ рубцеванія; конъюнктива нижнихъ—инфильтрована.

Vis. $^{1}/_{cc}$ os. d.

Vls. $^{3}/_{cc}$ oc. sin.

Операція, 21 февр. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза.

22 февраля. Отекъ вѣкъ умѣренной степени. Жалобъ на раздраженіе со стороны швовъ нѣтъ. 24 февраля. Сняты швы. Въ послѣдующемъ продолжалось леченіе вяжущими и прижигающими средствами. 22 марта. Инфильтраціи конъюнктивы верхняго вѣка прав. глаза нѣтъ, на нижнемъ—меньше. Pannus уменьшается; лѣвый—безъ измѣненій.

Vis. $^{8}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s.

№ 12.

Марія Е—на, 32 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chron. oc. utr. Pannus trachom. os. sin.

Анамнезъ: Трахому лѣчитъ около года, но не систематически.

Stat. praes. Трахома рубцующаяся, въ особенности на конъюнктивѣ хряща: область переходной складки имѣетъ студенистый видъ.

Vis. $^{20}/_{XL}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 14 марта 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 17 марта. Сняты швы. Заживленіе безъ осложненій при ничтожныхъ явленіяхъ раздраженія. 30 марта. Pannus уменьшается, также и инфильтрація слизистой.

Vis. $^{20}/_{XL}$ oc. d.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s.

№ 13.

Марія Ч—на, 30 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum, Pannus. trachom. Macula corneae oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится отъ трахомы около года; недѣлю назадъ сдѣлано выдавливаніе зеренъ.

Status praes: Трахома въ видѣ разлитой инфильтраціи съ утолщеніемъ хряща.

Vis. $^{20}/_{L}$ oc. d.

Vis. $^{3}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 21 марта 1907 г., комбинированной эксцизіи переходной складки лѣваго глаза. 22 марта. Болей нѣтъ; отекъ конъюнктивы и вѣкъ небольшой. 24 марта. Сняты швы. 27 марта. Роговая оболочка чище. Черезъ недѣлю, при повысившемся зрѣніи (Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s.) прекратила леченіе.

№ 14.

Надежда Ст—ва, 30 л., мѣщанка.

Діагнозъ: Trachoma chron. Pannus trachom. oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится отъ трахомы нѣсколько мѣсяцевъ, но болѣзнь не идетъ на улучшеніе.

Status praes: Трахома частью съ разлитой инфильтраціей по близости переходной складки, частью рубцующаяся.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 4 апрѣля 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. По снятіи швовъ больная вскорѣ уѣхала домой, гдѣ ограничивалась только впусканіемъ вяжущихъ капель и явилась для осмотра черезъ 9 мѣсяцевъ (4 января 1908 г.). При этомъ найдено: конъюнктива вѣкъ праваго глаза (не оперпров.) въ прежнемъ состояніи; на лѣвомъ конъюнктива не инфильтрована (трахомы нѣтъ), нѣтъ и слѣдовъ pannus'а.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{20}/_{xxx}$ oc. s. (оперпров.)

№ 15.

Димитрій Х—въ, 22 лѣтъ, крестьянинъ, занимается хлѣбопашествомъ.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachom. oc. utr. Macula corneae oc. sin.

Анамнезъ: Страдаетъ глазами около года; лѣчился обычными средствами и выдавливаніемъ.

Status praes. Разлитое пропитываніе конъюнктивы верхнихъ и нижнихъ вѣкъ, хрящи верхнихъ вѣкъ утолщены наощупь. Vis. $^{1}/_{cc}$ oc d. V. $^{2}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 19 сентября 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной склад-

к и лѣв. глаза. Наложено 4 шва. Производство операціи затруднялось, благодаря тому, что больной плохо владѣлъ глазомъ. 20 сентября. Отекъ вѣкъ. Глазъ болитъ. 21 сентября. Отекъ и напряженіе вѣкъ меньше. 22 сентября. Удалены швы. 26 сентября. Pannus меньше. Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. d. Vis. $^{8}/_{cc}$ oc. s. 2 октября. Продолжается лѣкарственое леченіе. 16 ноября. На конъюнктивѣ верхняго вѣка лѣв. глаза инфильтраціи нѣтъ, на нижнемъ меньше.

Vis. $^{15}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. s.

№ 16.

Хасанъ Х—нъ, 20 л., мѣщанинъ, мелкій торговецъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachom. oc. utr. Macula corneae oc. s. Synechiae poster. oc. s.

Анамнезъ: Глаза лѣчитъ давно, но не аккуратно—смазываніями и каплями. Двѣ недѣли назадъ была язва рогов. об. лѣв. глаза.

Status. praes. Разлитая инфильтрація и частью рубцы конъюнктивы верхнихъ вѣкъ; вблизи переходной складки конъюнктива желатинознаго вида вслѣдствіе сильнаго пропитыванія.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{1000}$ oc. s.

Операція, 22 сент. 1907 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣв. глаза. Наложено 4 шва. 23 сентября. Глазъ не болитъ. 24 сентября. Сняты швы. Небольшая инъэкція конъюнктивы. 9 октября. Pannus на оперированномъ меньше. V. $^{2}/_{cc}$ oc. s. 1 ноября. Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s. Конъюнктива свободна отъ инфильтраціи. Черезъ годъ, 15 сент. 1908 г., конъюнктива верхняго вѣка оперированнаго глаза имѣетъ характеръ, какъ при закончившемся рубцовой трахомѣ; послѣоперационный рубецъ мало замѣтенъ, не раздражаетъ. Macula corneae (паннозныхъ сосудовъ нѣтъ. Vis. $^{20}/_{cc}$. Благодаря зрѣнію этого, прежде безнадежнаго, глаза можетъ ходить и работать, такъ какъ на правомъ глазу у него ulcus corneae, обостреніе трахомы и Vis.=$^{1}/_{1000}$.

№ 17.

Марія Г—ва, 16 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus oc. d.

Анамнезъ: Болѣзнь появилась давно; съ Сентября мѣсяца систематически лѣчится въ амбулаторіи клиники.

Stat. praes. Трахоматозная инфильтрація занимаетъ главнымъ образомъ верхнюю переходную складку и сосѣднія части конъюнктивы хряща,—переходная складка утолщена, желатинознаго вида.

Vis. 10/cc oc. d.

Vis. 20/LXX oc. s.

Операція, 29 сент. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. 30 сент. Значительный отекъ вѣкъ; швы раздражаютъ, но умѣренно. 1 окт. Сняты швы. 12 окт. Pannus'а нѣтъ; только глубокія стойкія помутнѣнія рогов. оболочки. Конъюнктива не инфильтрирована. Vis. 20/100 oc. d. V. 20/LXX oc. s. 14 окт. Выдавливаніе на конъюнктивѣ нижняго вѣка немногихъ зеренъ. 2 нояб. Кончила леченіе. Конъюнктива вѣкъ не инфильтрирована, зеренъ нѣтъ; рубецъ послѣопераціоный малъ и не безпокоитъ.

Vis. 20/LXX oc d.

Vis 20/L oc. s.

№ 18.

Татьяна Р—ва, 60 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatos. oc. utr.

Анамнезъ: Много лѣтъ страдаетъ глазами; въ послѣднее время вслѣдствіе слабости зрѣнія не можетъ обходиться безъ посторонней помощи. Въ теченіе сентября мѣсяца лѣчилась въ амбулаторіи клиники.

Status praes.: Разлитая инфильтрація конъюнктивы всѣхъ четырехъ вѣкъ и хряща: на конъюнктивѣ хряща конкременты желтаго цвѣта. Вѣко, вслѣдствіе утолщенія и плотности хрящей, съ трудомъ вывертывается.

Vis. 3/cc oc. d.

Vis. 1/cc oc. s

Операція, 10 окт. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. При разрѣзѣ хряща вытекала жидкость сѣровато-грязнаго цвѣта (содержимое кистовидно растянутыхъ железъ). Заживленіе обычное. 16 окт. Паннозный инфильтратъ тоньше,—можно разсмотрѣть рисунокъ радужной оболочки.

27 окт. Vis.: ^{2}/cc oc. s. 9 нояб. Vis ^{4}/cc oc. d. Vis ^{3}/cc oc. s.
14 нояб. Vis ^{4}/cc oc. d.
Vis ^{4}/cc oc. s.

Операція, 14 нояб. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза, съ кантопластикой. Изъ хряща при разрѣзѣ также выступало кашицеобразное содержимое. 16 нояб. Сняты швы; незначительная отечность и инъэкція конъюнктивы. Болей не было.

Въ дальнѣйшемъ примѣнялось лѣкарственное леченіе. При осмотрѣ 5 янв. 1908 г., найдено:

Конъюнктива верхнихъ вѣкъ имѣетъ видъ, какъ послѣ закончившейся трахомы въ рубцовомъ стадіи; линейный рубецъ—при переходѣ конъюнктивы очень мелкаго свода на хрящъ; хрящевая часть конъюнктивы не инфильтрована; конъюнктива нижнихъ вѣкъ утолщена мало. Паннозные сосуды тонки и ихъ немного. Vis ^{5}/cc oc. d. V. ^{8}/cc. oc. s.

Въ Августѣ мѣсяцѣ получено сообщеніе, что больная ходитъ одна и работаетъ.

№ 19.

Ѳекла Т—ва, 50 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится отъ трахомы давно; особенно аккуратно лѣчилась годъ тому назадъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, но болѣзнь все обостряется по временамъ.

Status praes. Трахома рубцующаяся об. глазъ, съ разлитой инфильтраціей. Узкая глазная щель; плохо владѣетъ движеніями глазъ.

Vis ^{4}/cc oc. d.
Vis ^{15}/cc. oc. s.

Операція, 31 окт. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Четыре шва. 1 нояб. Глазъ болитъ. Отекъ вѣкъ. 2 нояб. Сняты швы. 3 нояб. Замѣчается опущеніе верхняго вѣка. 12 нояб. Вѣко поднимается нормальнымъ образомъ.

20 дек. Кончила леченіе. Конъюнктива вѣкъ не инфильтрована. Паннозныхъ сосудовъ нѣтъ; остаются стойкія macula corneae.

Visus ^{15}/cc oc. d.
Vis. ^{15}/cc oc. s.

№ 20.

Мавра Н—ко, 57 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatos. oc. utr. Synechiae poster. oc. s.

Анамнезъ: Глаза болятъ нѣсколько лѣтъ; до настоящаго года систематическаго леченія не было. Послѣдній мѣсяцъ лѣчилась амбулаторно въ клиникѣ; выдавливаніе не было показуемо по состоянію конъюнктивы.

Status praes. На хрящевой части конъюнктивы, ближе къ рѣсничному краю вѣкъ рубцы; вся же переходная складка и ближайшая къ ней часть конъюнктивы хряща инфильтрована и утолщена, что придаетъ конъюнктивѣ студенистый видъ. Vis. $^{20}/cc$ oc. d. Vis. $^{5}/cc$ oc. s.

Операція, 24 нояб. 1907 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣв. глаза. Четыре шва. 25 нояб. Отекъ конъюнктивы глазного яблока; болей нѣтъ. 26 нояб. Сняты швы. 1 дек. Поверхностный инфильтратъ въ нижнемъ квадрантѣ роговой оболочки. 4 дек. Инфильтратъ изъязвился. 17 дек. На мѣстѣ поверхностной язвы—прозрачная фасетка. Pannus меньше, такъ что видны заднія синехіи. 25 янв. Конъюнктива верхняго лѣв. вѣка не инфильтрована, праваго—въ прежнемъ состояніи. Vis.: $^{20}/cc$ oc. d. Vis. $^{8}/cc$ oc. s.

№ 21.

Михаилъ Е—нъ, 52 л., занимается хлѣбопашествомъ.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachomat. oc. utr. Macula corn. oc. d.

Анамнезъ: Въ Февралѣ мѣсяцѣ этого года лѣчился амбулаторно въ клиникѣ лѣкарствами и выдавливаніемъ; лѣтомъ также лѣчился у врача.

Status praes. Рѣзкая разлитая инфильтрація конъюнктивы переходной складки и конъюнктивы хряща, вслѣдствіе чего хрящевая часть вѣка утолщена на—ощупь.

Vis. $^{5}/cc$ oc. d.

Vis. $^{3}/cc$ oc. s.

Операція, 28 ноября 1907 г, комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 29 ноября. Повязка промокла отъ крови; болей нѣтъ. 1 декабря.

Сняты швы. 12 декабря. Pannus меньше. Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s. Подвижность вѣкъ правильная. 21 декабря. Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. d. Vis. $^{15}/_{cc}$ oc. s. Прекратилъ леченіе (лѣкарственное) до февраля мѣсяца. 27 фев. 1908 г. Vis $^{4}/_{cc}$ oc. d. (обостреніе pannus'a); Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. s. (оперирован.)

Операція, 27 февраля 1908 г.; комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Заживленіе обычное.

15 марта. Pannus'a нѣтъ на обоихъ. Слизистая блѣдна и не утолщена.

Vis $^{20}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. s.

№ 22.

Иванъ М—въ, мѣщанинъ, каменьщикъ. 48 л.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr (florescens.)

Анамнезъ: Въ Январѣ 1906 г. явился въ амбулаторію клиники съ явленіями острой трахомы на конъюнктивѣ вѣкъ об. глазъ и множественными инфильтратами рогов. оболочекъ. Трахома перешла въ хроническую форму; было произведено выдавливаніе. Въ Январѣ 1907 г. явился вновь (промежуточное время иногда лѣчился въ другихъ амбулаторіяхъ, гдѣ тоже производилось и выдавливаніе).

Status praes. Обильнѣйшія высыпанія зеренъ и сосочковыя разращенія на инфильтрированной конъюнктивѣ вѣкъ об. глазъ; хрящи утолщены. Pannus'a нѣтъ.

Vis. $^{20}/_{LXX}$ oc. d.

Vis $^{20}/_{XL}$ oc. s.

Операція, 31 янв. 1907 г., комбинированной эксцизіи перех. складки верхняго вѣка лѣваго глаза. Четыре шва. Заживленіе безъ осложненій. 15 фев. Разращенія становятся болѣе плоскими. Въ Декабрѣ мѣсяцѣ того же года найдено слѣдующее:

Оперированный глазъ не безпокоитъ; конъюнктивальный мѣшокъ нѣсколько укороченъ, но подвижность глазного яблока и вѣкъ не нарушена. Рубецъ не раздражаетъ. Инфильтрація конъюнктивы вблизи рѣсничнаго края вѣкъ незначительная. Роговая оболочка чиста. Vis. прежній. Правый глазъ часто безпокоитъ обостреніями трахомы; 1½ недѣли назадъ былъ поверхностный ин-

фильтратъ роговой оболочки. Не смотря на выдавливаніе, большая инфильтрація конъюнктивы и разрастанія. Vis. $^{20}/$c oc. d. Vis. $^{20}/$xl oc. s.

Операція, 1 декабря 1907 г., комбинированной эксцизіи переходной складки верхняго вѣка прав. глаза. Наложено 5 швовъ (широкая глазная щель). 2 дек. Жалуется на боль; отекъ конъюнктивы глазного яблока и вѣкъ умѣренной степени; на лигатурахъ много слизи. 3 дек. На периферіи роговой оболочки сверху частичное слущиваніе эпителія. Сняты швы. 4 дек. Поверхностное изъязвленіе роговой оболочки сверху, въ видѣ штриха. Cocain. Atropin. Ксероформен. мазь. Повязка. 10 дек. На мѣстѣ изъязвленія прозрачная фасетка. 21 дек. Конъюнктива инфильтрирована меньше. Vis. $^{20}/$lxx oc. d. Черезъ 9 мѣсяцевъ, 22 сент. 1908 г. найдено: трахома на обоихъ глазахъ перешла въ рубцовый стадій, рубцы гладкіе; имѣется слезотеченіе. V. $^{20}/$xx oc. d. Vis. $^{20}/$xx oc. s. Очень доволенъ результатомъ операціи.

№ 23.

Исаакъ Кр—къ, 32 лѣтъ, тюремный надзиратель.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatos. Macula corneae oc. utr. Argyrosis conjunctivae.

Анамнезъ: Глаза болятъ нѣсколько лѣтъ; Съ Сентября мѣсяца 1907 г. аккуратно посѣщаетъ амбулаторію клиники.

Stat. praes.: Трахома рубцующаяся об. глазъ; инфильтрація больше вблизи переходной складки.

Vis. $^{15}/$cc oc. d.

Vis. $^{20}/$cc oc. s.

Операція, 8 декабря 1907 г., простой эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 9 декабря. Кровоподтекъ кожи вѣкъ; вѣки отечны; швы раздражаютъ. 10 декабря. Швы сняты. 12 декабря. Легкая повязка. 3 января 1908 г. Pannus'а нѣтъ; только macula corneae. Vis. $^{20}/$c oc. s. 15 января Vis $^{20}/$lxx oc. s. Vis $^{15}/$cc. oc. d.

Операція, 19 января 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Вечеромъ глазъ болѣлъ; на лигатурахъ много слизи. 21 января. Сняты швы.

28 января. На мѣстѣ резекціи на правомъ—грануляціи, вызывающія раздраженіе глаза. Примѣнено смазываніе argent. nitric. 31 января. Грануляцій нѣтъ. Pannus меньше. 1 марта. Vis. ^{20} cc oc. d. Vis. ^{20}/L. oc. s. Читаетъ шрифтъ № 3 таблицъ Крюкова, опредѣляетъ минуты на карманныхъ часахъ, чего раньше дѣлать не могъ. 25 октября. Кон—ва вѣкъ свободна отъ инфильтраціи, частью покрыта рубцами. Vis. прежній. Глаза не безпокоятъ, работаетъ.

№ 24.

Лукерья К—на, 30 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Trichiasis part. oc. d.

Анамнезъ: Лѣчится отъ трахомы послѣдній мѣсяцъ довольно аккуратно.

Status praes. На конъюнктивѣ верхнихъ вѣкъ имѣются уже рубцы, особенно на лѣвомъ, но переходная складка инфильтрована и имѣетъ студенистый видъ. Vis. ^{8}/cc. oc. d. Vis. ^{3}/cc. oc. s. Операція, 15 декабря 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Разрѣзъ на хрящевой части конъюнктивы по бороздѣ Arlt'a; наложено 4 шва. 16 декабря. Жалуется на сильную боль. Отекъ вѣка небольшой; зрачекъ съуженъ. Cocain. Atropin. 17 декабря. Глазъ не болѣлъ. Въ кожѣ вѣка кровоподтекъ. Сняты швы. 20 декабря. Рубцовая линія ровная. 21 декабря. Vis ^{4}/cc. oc. s.

Больная уѣхала домой; гдѣ зрѣніе еще болѣе повысилось, такъ что она могла шить; 19 янв. 1908 г. она вернулась съ ухудшеніемъ: pannus больше. На мѣстѣ разрѣза обнаружены грануляціи; примѣнено смазываніе argent. nitric. 30 января. Vis. 5/cc. oc. s. 1 февраля. Vis ^{10}/cc oc. d. Vis. ^{15}/cc oc. s. 8 февраля oc. s. v. ^{20}/cc. Oc. d. V. ^{10}/cc. На лѣвомъ слѣды pannus'a; на правомъ значительный.

№ 25.

Василій П—нъ, 23 лѣтъ, чернорабочій.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachom. Ptosis trachomatosa oc. utr.

Анамнезъ: Нѣсколько мѣсяцевъ лѣчится амбулаторно лѣкарственными средствами.

Status praes: Трахома рубцующаяся съ разлитой инфильтраціей конъюнктивы и особенно переходной складки; хрящъ утолщенъ.

Vis. ^{8}/cc oc. d.

Vis. ^{10}/cc oc. s.

Операція, 15 декабря 1907 г., простой эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Мышца гипертрофирована, застойнаго вида и выпадала изъ раны при зашиваніи. 16 декабря. Боль умѣренная. 17 декабря. Сильный отекъ верхняго вѣка, безъ напряженія; подъ кожей кровоподтекъ. Боль меньше. Сняты швы. (съ помощью Демар. подъемника) 20 декабря. Оставленъ безъ повязки. Отекъ вѣкъ опалъ. Движенія вѣкъ правильныя, трахоматознаго ptosis'а нѣтъ.

22 декабря Vis. ^{8}/cc. oc d.

Vis. ^{15}/cc. oc. s.

Операція, 22 декабря 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. 23 декабря. Отекъ вѣкъ небольшой. Заживленіе обычное.

Повышеніе зрѣнія въ дальнѣйшемъ шло слѣд. образомъ:

1 января 1908 Vis. ^{20}/cc oc. d.

Vis ^{20}/c oc. s.

14 января Vis ^{20}/c. oc d.

Vis ^{20}/c. oc. s. Pannus'a нѣтъ, имѣются стойкія macula corneae; конъюнктива не требуетъ леченія (об. глазъ).

№ 26.

Устинья Б—на, 16 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus. Macula corn. oc. s.

Анамнезъ: Глаза болятъ особенно рѣзко съ Октября мѣсяца. Лѣчилась амбулаторно въ клиникѣ лѣкарствами и выдавливаніемъ. Въ началѣ былъ блефароспазмъ. Была произведена простая эксцизія, 10 декабря, нижней переходной складки лѣв. глаза.

Status praes: Переходная складка и хрящевая часть конъюнктивы инфильтрированы, есть отдѣльныя зерна. Конъюнктива нижнихъ вѣкъ измѣнена меньше.

Vis ^{10}/cc oc. d.

Vis ^{4}/cc ocs. s.

Операція, 19 дек. 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 20 декабря. Отекъ вѣкъ средней степени; глазъ не болитъ. 21 декабря. Сняты швы. 23 декабря. Оставлена безъ повязки. 18 февраля. Pannus'а на лѣвомъ нѣтъ, конъюнктива верхняго вѣка не инфильтрована; Vis $^{10}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{20}/_{cc}$ oc. sin.

№ 27.

Степанъ В—въ, 22 л., чернорабочій.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachomatos oc. utr.

Анамнезъ: Много лѣтъ страдаетъ глазами; послѣднее время нуждается въ посторонней помощи.

Status praes: Хроническая рубцующаяся трахома об. глазъ, частью съ зернами, частью съ большой разлитой инфильтраціей конъюнктивы, особенно верхнихъ вѣкъ; хрящи утолщены.

Vis $^{1}/_{\infty}$ oc d.

Vis $^{1}/_{\infty}$ oc. s.

Операція, 16 янв. 1908 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 17 января. Кровоподтекъ кожи вѣкъ. Глазъ не болитъ. 18 января. Швы сняты. Зрачки не расширяются отъ атропина.

21 января Vis $^{2}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 22 января, комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Заживленіе обычное. 1 февраля 1908 г. Pannus уменьшается.

Vis $^{3}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{5}/_{cc}$ oc s.

5 февраля. На роговой оболочкѣ об. глазъ появляются новые паннозные сосуды. Конъюнктива вѣкъ хрящевой части, вблизи рѣсничнаго края, неровна, инфильтрована. 7 февраля. Pannus больше. Vis $^{1}/_{cc}$ oc. d. Vis $^{4}/_{cc}$ oc. s. 18 февраля. Въ области рубца удалена грануляція на правомъ.

Vis $^{1}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{5}/_{cc}$ oc. s.

№ 28.

Дарья М—на, 18 лѣтъ, крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachom. oc. utr. (crassus oc. d.).

Анамнезъ: Глаза болятъ давно; много лѣчилась.

Status praes. На утолщенной конъюнктивѣ верхнихъ вѣкъ въ области переходной складки и хряща вѣкъ имѣются и зерна.

Vis. $^1/_{1000}$ oc. d.

Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 21 января 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. 22 января. Швы раздражаютъ. 23 января. Швы сняты. Заживленіе безъ осложненій.

29 января Vis $^1/_{cc}$ oc. d.

14 февраля Vis $^{10}/_{cc}$ oc. d.

6 марта $^{20}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{10}/_{cc}$ oc. s.

29 марта. Конъюнктива верхняго вѣка праваго глаза не инфильтрована; на лѣвомъ, не смотря на выдавливаніе, инфильтрація удерживается. Паннозные сосуды развились обратно.

№ 29.

Любовь К—ва, 20 л., прислуга.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится въ амбулаторіи клиники смазываніями, такъ какъ разсчитывать на результатъ отъ выдавливанія нельзя, нѣтъ зеренъ.

Stat. praes. Конъюнктива вѣкъ набухла, переходная складка съ прилежащею частью хряща утолщена, желатинознаго вида.

Vis $^{20}/xx$ oc. d.

Vis. $^{20}/xxx$ oc. s.

Операція, 25 января 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки прав. глаза. Наложено 5 швовъ. Заживленіе обычное, безъ осложненій. 12 февраля. Рубецъ ровный, не раздражаетъ. 26 марта. Конъюнктива праваго глаза не требуетъ леченія; на лѣвомъ въ прежнемъ состояніи.

Vis. $^{20}/L$ oc. d. Vis $^{20}/xxx$ oc. s.

№ 30.

Гавріилъ К—въ, 27 лѣтъ, занимается хлѣбопашествомъ.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachomatos. oc. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ около года; лѣчился въ сельской больницѣ. На лѣвомъ въ клиникѣ произведено недѣли 2 назадъ выдавливаніе.

Status praes: Трахома съ зернами и разлитой инфильтраціей конъюнктивы.

Vis. 5/cc oc. d.

Vis. 5/cc oc. s.

Операція, 29 января 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза, съ кантопластикой.

30 января. Кровоподтекъ кожи вѣкъ; на лигатурахъ слизь; раздраженіе умѣренное.

31 января. Сняты швы. 12 февраля Vis 20/c. oc. d. Vis. 15/cc. oc. s. На правомъ pannus замѣтно уменьшился.

Операція, 19 февраля, комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 20 февраля. Глазъ очень болитъ; на повязкѣ кровь. 21 февраля. Поворхностный инфильтратъ роговой оболочки. Сняты швы. 4 марта. Инфильтратъ разсосался безъ послѣдствій для прозрачности роговой оболочки. 19 марта. Vis. 20/LXX oc. d. Vis 20/cc. oc. sin. Pannus значительно уменьшился; конъюнктива вѣкъ инфильтрирована мало.

№ 31.

Матрена С—ва, 17 л., крестьянка. Pannus trachomatos. oc. utr. Ectasia corneae os. s.

Анамнезъ: Лѣчится около мѣсяца въ амбулаторіи клиники; было сдѣлано выдавливаніе зеренъ.

Status praes. Трахома рубцующаяся об. глазъ.

Vis. 1/cc oc. d.

Vic. $^{1}/_{1000}$ oc.s.

Операція, 1 февраля 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Вслѣдствіе рубцовыхъ спаекъ трудно было отпрепаровать конъюнктиву. 2 февраля. Кровоподтекъ вѣкъ; глазъ не болитъ. Сняты швы; рана спаялась. 9 февраля. Pannus меньше. Vis. 4/cc oc. d. 14 февраля. Ходитъ безъ проводника.

Операція, 15 февраля, комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 16 февра-

ля. Боль терпимая. 17 февраля Сняты швы. Рана спаялась. 10 марта Vis. $^5/_{cc}$ oc. d. Vis. $^1/_{1000}$ oc. s. На лѣвомъ улучшенія со стороны зрѣнія нѣтъ (keratectasia), но инфильтрація конъюнктивы уменьшилась. 26 марта. Vis. $^5/_{cc}$ oc. d. Vis. $^1/_{1000}$ oc. s. Конъюнктива об. глазъ имѣетъ видъ, какъ при рубцовой трахомѣ; конъюнктива нижнихъ вѣкъ нѣсколько утолщена.

№ 32.

Михаилъ Ш—въ, 30 л., чернорабочій.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Pannus trachomat. oc. utr. Macula cornea oc. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ нѣсколько лѣтъ; около 5-ти лѣтъ лѣчится каплями и мазями; съ осени минувшаго года зрѣніе особенно понизилось.

Status praes.: Отдѣльныхъ зеренъ на конъюнктивѣ нѣтъ, но разлитая инфильтрація, придающая студневидный характеръ конъюнктивѣ вѣкъ. Хрящъ утолщенъ на-ощупь.

Vis. oc. d. $^4/_{cc}$.

Vis. oc. s. $^2/_{cc}$.

Операція, 5 февраля 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Три шва наложены изъ кэтгута и коротко обрѣзаны. 6 февраля. Швы не раздражаютъ. 7 марта. Pannus выступаетъ болѣе рѣзко. 10 февраля. Швы сняты (2), такъ какъ размочалились и выдавались въ конъктивальный мѣшокъ. Pannus попрежнему. 11 февраля. Снятъ наружный шовъ (по той же причинѣ). 12 февраля. Сосуды pannus'а становятся уже. 20 марта Pannus'а нѣтъ; конъюнктива верхняго вѣка не инфильтрована. Vis. $^5/_{cc}$ oc. s. Повышенію зрѣнія препятстуетъ центральная фасетка рогов. оболочки. Правый глазъ безъ перемѣны.

№ 33.

Игнатій Х—въ, 24 лѣтъ, занимался хлѣбопашествомъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus crassus. oc. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ много лѣтъ; около 3-хъ лѣтъ назадъ систематически лѣчился у различныхъ врачей.

Stat. praes. Конъюнктива верхнихъ и нижнихъ вѣкъ инфильтрована, набухла и секретируетъ; отдѣльныхъ зеренъ не замѣтно; на конъюнктивѣ лѣваго глаза преобладаютъ рубцы.

Vis. $^{1}/_{1000}$ oc. d.

Vis. $^{2}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 19 февраля 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Рана соединена 5 швами. 20 февраля. Глазъ не болитъ. 21 февраля. Значительное количество слизистаго отдѣляемаго; швы сняты. 26 февраля. Держится инъэкція конъюнктивы, слезотеченіе. 3 марта. Явленія раздраженія меньше.

Операція, 4 марта 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза. На рану наложено 3 шва. 6 марта. Вѣко нѣсколько отечно. Сняты швы. 16 марта. Улучшенія въ отношеніи зрѣнія нѣтъ. Слезотеченіе, свѣтобоязнь; зрачки отъ атропина не расширяются. 21 марта. На конъюнктивѣ нижняго праваго вѣка—выдавливаніе (массажъ).

24 марта Vis. $^{1}/_{1000}$ oc. d.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

Рубецъ послѣ операціи на лѣвомъ не въ полнѣ ровный.

Инфильтрація конъюнктивы меньше.

№ 34.

Арина К—на, 60 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus. oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится около мѣсяца въ амбулаторіи клиники; было выдавливаніе зеренъ.

Status praesens: Трахома въ формѣ разлитой инфильтраціи конъюнктивы верхнихъ и нижнихъ вѣкъ. Хрящъ утолщенъ.

Vis $^{20}/_{LXX}$ oc. d.

Vis. $^{20}/_{L}$ oc. s.

Операція, 14 марта 1908 г.; комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Операція затруднялась, благодаря тому, что больная плохо владѣла движеніями глаза. 15 марта Швы раздражаютъ. 16 марта. Швы сняты. 18 марта. На периферіи pannus'a свѣжіе инфильтраты. 30 марта инфильтраты разсосались. 10 апрѣля На роговой оболочкѣ слѣды pannus'a; инфильтрація конъюнктивы меньше; на лѣвомъ безъ измѣненій. Visus прежній.

№ 35.

Ульяна Г—ва, 35 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus crassus oc. utr.

Анамнезъ: Около 2-хъ недѣль лѣчилась въ амбулаторіи клиники.

Stat. praes. На конъюнктивѣ вѣкъ разлитая инфильтрація. Нижнія части рогов. оболочки свободны отъ pannus'a.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 1 апрѣля 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Четыре шва. 2 апрѣля. Глазъ не болитъ. 3 апрѣля. Швы сняты; вѣко отечно. 10 апрѣля. Pannus меньше; на правомъ безъ измѣненій.

№ 36.

Парасковья Л—ва, 26 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum, oc. s. Pannus oc s. Macula corn. oc. s.

Анамнезъ: Глазъ болитъ другой годъ; лѣчилась только домашними средствами и каплями получаемыми отъ фельдшеровъ.

Stat. praes.: Oc. s. Конъюнктива нижняго вѣка инфильтровапа мало; на переходной складкѣ верхняго вѣка—зерна; зерна просвѣчиваютъ также и въ конъюнкивѣ хряща. Хрящъ утолщенъ на ощуць.

Vis. $^{20}/xx$ oc. d.

Vis. $^{1}/cc$ oc. s.

Операція, 24 сентября 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Заживленіе обычное безъ осложненій; въ кожѣ вѣка кровоподтекъ держался больше недѣли.

30 сентября. Vis. $^{3}/cc$. Pannus меньше.

5 октября. Vis. $^{5}/cc$ oc. s, Зеренъ нѣтъ, конъюнктива менѣе инфильтрована.

№ 37.

Димитрій Т—въ, 44 л. крестьянинъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Pannus trachomatosus oc. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ около 4 лѣтъ, систематически не лѣчился. Около 2-хъ недѣль посѣщаетъ амбулаторію клиники; недѣлю назадъ произведено выдавливаніе трахоматозныхъ зеренъ на лѣвомъ.

St. praes. Трахома обоихъ глазъ въ видѣ студенистой инфильтраціи конъюнктивы переходной складки и хряща вѣкъ, но имѣются и плотныя разрастанія и рубцующіяся зерна. По нижней границѣ pannus'a на правомъ—отдѣльные поверхностные инфильтраты (2) роговой оболочки.

Oc. d. V. ^{20}/cc.

Oc. s. V. ^{2}/cc.

Операція, 11 октября 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной скадки лѣваго глаза. Рана зашита 3-мя швами. Повязка на оба глаза. Одновременно, передъ эксцизіей, произведена кантопластика. 12 октября. Отекъ вѣкъ; на лигатурахъ слизь, боль незначительная.

13 октября. Сняты швы. 14 октября. На правомъ инфильтраты разсосались.

15 октября. Операція комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза.

Заживленіе обычное.

Постепенно pannus разсасывался и инфильтрація конъюнктивы уменьшалась.

21 октября. Oc. d. V. ^{20}/cc.
Oc. s. V. ^{3}/cc.

24 октября. Oc. d. V. ^{20}/cc.
Oc. s. V. ^{4}/cc.

26 октября. Oc. d. V. ^{20}/c. Конъюнктива нижнихъ вѣкъ еще
Oc. s. V. ^{5}/cc. инфильтрована.

29 октября. Операція простой эксцизіи нижней переходной складки лѣваго глаза.

7 ноября. На мѣстѣ эксцизіи линейные тонкіе рубцы, не раздражающіе. На конъюнктивѣ вѣкъ лѣваго глаза нѣтъ никакой инфильтраціи; конъюнктива вѣкъ праваго глаза немного утолщена. Pannus'a нѣтъ, но имѣются старыя фасетки роговой оболочки.

Oc. d. Vis. ^{20}/LXX.

Oc. s. Vis. ^{10}/cc.

№ 38.

Борисъ З—ый, 18 лѣтъ, крестьянинъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Trachoma corneae oc. d. Pannus crassus oc. sin.

Анамнезъ: Много лѣчился каплями и мазями.

Stat praes.: Студенистая форма трахомы съ разлитой инфильтраціей переходной складки и съ отдѣльными рубцами на конъюнктивѣ хрящевой части вѣкъ.

Oc. d. Vic. 1/∞.

Oc. s. Vic. 1/cc.

Операція, 15 октября 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Удалена незначительная часть хряща.

Заживленіе безъ всякихъ осложненій.

Больной находился подъ наблюденіемъ до 3-го ноября, когда у него найдено было при изслѣдованіи:

Oc. d. Vis. 1/∞.

Oc. s. Vis. 1/cc.

На роговой оболочкѣ праваго глаза отдѣльные подобные зернамъ инфильтраты разсосались; конъюнктива вѣкъ подъ вліяніемъ лѣкарственныхъ средствъ измѣнилось мало.

На конъюнктивѣ верхняго вѣка лѣваго глаза трахоматозной инфильтраціи нѣтъ; въ глубинѣ свода линейный рубецъ; pannus разсосался, но имѣются помутнѣнія глубокихъ слоевъ роговой оболочки, почему Visis остался безъ измѣненій.

№ 39.

Раиса Я—я, 16 л., шляпница-модистка.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachomat. Macula corn. oc. utr.

Анамнезъ: Около 4-хъ лѣтъ лѣчится отъ трахомы; неоднократно производилось выдавливаніе зеренъ.

Stat. praes. Разлитая инфильтрація конъюнктивы, главнымъ образомъ переходной складки.

Vis. 20/c oc. d.

Vis. 20/cc oc. s.

Операція, 28 января 1907 г, простой эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. 29 января:

Вѣко рѣзко отечно, пастозно; боль умѣренная. 30 января. Сняты швы. 31 января. Глазъ не болитъ. 27 февраля. Pannus'a нѣтъ.

25 января 1908 г. Oc. s. Не замѣтно ни зеренъ, ни инфильтрацiи конъюнктивы; тонкiй линейный рубецъ на мѣстѣ разрѣза замѣтенъ съ трудомъ; на правомъ еще небольшая инфильтрацiя конъюнктивы. Oc. d. V. 20/xl. Oc. s. 20/xxx. Съ коррекцiей (+1,5D.) читаетъ шрифтъ № 1 Крюкова.

19 сентября 1908. Рубцы конъ—вы вѣкъ не причиняютъ никакихъ непрiятныхъ ощущенiй. Vis. 20/xl. oc. d. V. 20/xxx oc. s. Конъюнктива не требуетъ леченiя.

№ 40.

Николай П—хъ, 22 л., занимается хлѣбопашествомъ.

Дiагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachom. oc. utr. Macula corneae oc. d. Ptosis trachom.

Анамнезъ: Лѣчился долго. болѣзнь все обостряется по временамъ.

Status praes. Трахоматозныя зерна главнымъ образомъ на верхней переходной складкѣ, она умѣренно гипертрофирована; хрящевая часть конъюнктивы инфильтрирована слабо.

Vis. 3/cc oc. d.

Vis. 1/cc oc. s.

Операцiя, 12 февраля 1908 г., простой эксцизiи верхней переходной складки лѣваго глаза.

Мышца гипертрофирована, вываливается и кровоточитъ при операцiи. Наложено 4 шва. 13 февраля. Нитки не раздражаютъ. 14 февраля. Сняты швы. 14 марта. Конъюнктива не инфильтрирована и свободна отъ зеренъ; въ сводѣ бѣловатый линейный рубецъ. 10 марта. Pannus меньше, ptosis (trachom.) нѣтъ. Vis. 3/cc. oc. d. Vis. 5/cc oc. s.

№ 41.

Калликстъ З—iй, 45 л., дворянинъ, провизоръ.

Дiагнозъ: Trachoma chronic oc. s. Pannus trachom. oc. s.

Анамнезъ: Болѣзнь появилась въ началѣ декабря мѣсяца 1906 г. Все время лѣчился смазыванiями, то ляписомъ, то alumen.

Stat. praes. Правый глазъ здоровъ. Vis. 20/xx. Лѣвый глазъ: Вѣки слегка отечны, глазная щель уже, чѣмъ на

правомъ. Конъюнктива глазного яблока гиперэмирована, а сверху отъ роговой оболочки, по направленію къ своду инфильтрована, утолщена. Конъюнктива верхнихъ и нижнихъ вѣкъ диффузно инфильтрована; нижняя переходная складка утолщена и вываливается при оттягиваніи нижняго вѣка. Отдѣльныхъ зеренъ не замѣтно. Радужная оболочка гиперэмирована. Vis. $^{10}/_{cc}$.

Операція, 2 апрѣля 1907 г., вырѣзыванія нижней переходной складки лѣваго глаза. Заживленіе безъ осложненій.

Больной находился подъ наблюденіемъ около 5 мѣсяцевъ, но какого либо улучшенія со стороны конъюнктивы не замѣчено.

№ 42.

Екатерина Т—ва, мѣщанка, 31 года.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. d.

Анамнезъ: Болѣзнь развилась послѣ острой трахомы; больная лѣчилась амбулаторно около 3-хъ недѣль.

Stat praes.: На инфильтрированной конъюнктивѣ верхняго вѣка—мелкія зерна; нижняя переходная складка гипертрофирована, вываливается при оттягиваніи нижняго вѣка. Vis. $^{20}/_{xx}$ кажд. глаза.

Опрація, 15 декабря 1907 г., простой эксцизіи нижней переходной складки праваго глаза, безъ наложенія швовъ. 16 декабря. Края раны склеились, мѣсто разрѣза замѣтно по сѣроватой полоскѣ. Оставлена безъ повязки. 18 декабря. Небольшое слизистое отдѣляемое. 23 декабря. Инфильтрація конъюнктивы нижняго вѣка значительно меньше.

№ 43.

Иванъ С—въ, 30 л., сапожникъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum.

Анамнезъ и Status praes. Не смотря на продолжительное леченіе, нижняя переходная складка остается инфильтрированной, утолщенной.

Операція, 20 декабря 1907 г., простой эксцизіи нижней переходной складки прав. глаза, безъ швовъ. 21 декабря. Мѣсто резекціи покрыто сѣроватой слизью. 24 декабря. Оставленъ безъ повязки. 8 января 1908 г. На мѣстѣ резекціи тонкій рубецъ; инфильтрація конъюнктивы меньше.

№ 44.

Василій З—нъ, 35 л., крестьянинъ.

Діагнозъ: Trachoma chronicum.

Stat. praes.: Нижняя переходная складка утолщена, набухла, инфильтрована, съ зернами. Vis $^{20}/_{XL}$ каждаго глаза.

Операція, 27 ноября 1907 г., простой эксцизіи нижней переходной складки прав. глаза. Заживленіе обычное.

4 января 1908. Инфильтрація конъюнктивы нижнихъ вѣкъ меньше.

№ 45.

Матрена Т—ая, 18 л., крестьянка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. oc. s. Pannus crassus. Ptosis trach. oc. s.

Анамнезъ: Глазъ болитъ около полугода;все время лѣчилась.

Stat. praes.: Диффузная инфильтрація утолщенной набухшей конъюнктивы. Хрящъ на ощупь не измѣненъ.

Oc. d. Vis. $^{20}/_{xx}$.

Oc. s. Vis. $^{1}/_{cc}$.

Операція, 11 окт. 1908 г., простой эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Значительное кровотеченіе.

Заживленіе обычное; жаловалась только на боль въ наружной части верхняго вѣка.

7 ноября. Вѣко поднимается нѣсколько лучше, чѣмъ до операціи, но не въ полной мѣрѣ. Образовалась небольшая переходная складка, на которой не совсѣмъ ровный рубецъ. Pannus меньше; инфильтрація конъюнктивы также уменьшается.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

№ 46.

Анна Р—ва, л., мѣщанка.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachom. Macula corneae oc. utr.

Анамнезъ: Амбулаторно лѣчилась въ клиникѣ около 2-хъ лѣтъ.

Status praes. Трахома въ стадіи рубцеванія, — преобладаютъ рубцы. Хрящъ искривленъ и утолщенъ. Vis. $^{15}/_{cc}$ кажд. глаза.

Операція, 17 марта 1906 г., вылущенія хряща верхняго лѣваго вѣка. Рана зашита 3 швами, коротко обрѣзанными. Повязка на оба глаза. 18 марта. Жалуется на раздраженіе со стороны нитокъ; отекъ вѣкъ незначительный. 19 марта. Швы сняты. На мѣстѣ разрѣза впослѣдствіи получился ровный рубецъ; черезъ двѣ недѣли послѣ операціи перестала посѣщать клинику и результаты операціи остались неизвѣстными.

№ 47.

Павелъ М—въ, 41 г. священникъ.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum: Pannus. Maculae corn. oc. utr. Leucoma adhaer. oc. sin.

Анамнезъ: Болѣзнь началась съ 1901 г.; всѣ эти годы лѣчился у различныхъ врачей смазываніями ляписомъ, protargol'омъ, cuprocitrol'омъ, желтой мазью и пр.; примѣнялось и выдавливаніе зеренъ. Въ мартѣ 1905 г. послѣ язвеннаго кератита зрѣніе на лѣвый глазъ было потеряно. Уже нѣсколько лѣтъ не можетъ читать, писать и принужденъ оставить службу. Съ сентября мѣсяца и до декабря 1906 г. лѣчился въ амбулаторіи клиники.

Stat. praes: Oc. d. На конъюктивѣ вѣкъ рубцы, переходная складка утолщена; хрящъ корытообразно изогнутъ. Pannus. Vis $^{10}/_{cc}$.

Oc. s. Конъюктива имѣетъ тотъ же видъ, что и на правомъ. Центральная leucoma. Vis. $^{1}/_{1000}$.

Операція, 22 декабря 1906 г., вылущенія хряща верхняго праваго вѣка. Наложено 3 шва. 23 декабря. Глазъ не болитъ; вѣко отечно. 24 декабря. Одинъ шовъ выдѣлился самостоятельно, остальные сняты; сосуды pannus'а выступаютъ рѣзче. 25 декабря. Отекъ вѣка; Зрачекъ узокъ, жалуется на боли (Atropin) 26 декабря. Отекъ вѣка меньше; края разрѣза прилегаютъ ровно. Глазъ не болитъ. 30 дек. Оставленъ безъ повязки; сосуды pannus'а тоньше. 5 января 1907 г. Конъюктива не такъ напряжена, какъ прежде; блѣднѣе. 7 января. Vis $^{15}/_{cc}$ oc. d. 15 января. Явленій раздраженія нѣтъ; сосудовъ паннозныхъ незамѣтно. Черезъ годъ (13 января 1908 г.) больной прислалъ письмо, въ которомъ

сообщаетъ, что зрѣніе его постепенно улучшалось. Сперва онъ могъ читать крупную только печать, а потомъ обыкновенную и рукописи; никакихъ субъективныхъ болѣзненныхъ симптомовъ не испытывалъ; благодаря всему этому могъ снова вернуться къ своимъ обычнымъ занятіямъ.

№ 48.

Агафья Р—ва, 23 лѣтъ, прислуга.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum. Pannus et maculae corn. oc. utr. Argyrosis.

Анамнезъ: Болѣзнь тянется отъ 4—5 лѣтъ; много лѣчилась лекарственными средствами. Въ настоящее время болѣзнь все еще обостряется по временамъ.

Status praes. Рубцовая трахома. Хрящи вѣкъ корытообразно изогнуты; имѣется наклонность къ завороту вѣкъ. Vis $^{20}/_{cc}$ каждаго глаза. Операція, 7 апрѣля 1907 г., вылущенія хряща верхняго вѣка праваго глаза; швы на конъюктивальную рану не накладывались. 8 апрѣля. Болей нѣтъ, края раны склеились. 10 апрѣля. Легкая повязка. 15 апрѣля. Послѣ операціонный рубецъ тонкій, едва замѣтный; pannus уменьшается. Vis $^{20}/_{LXX}$ oc. d. Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. s.

№ 49.

Матвѣй Л—въ, 35 л., занимается хлѣбопашествомъ.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum. Pannus trachom. oc. utr. Leucoma adhaerens oc. d. Macula corneae oc. s.

Анамнезъ: Правымъ глазомъ не видитъ около 15 лѣтъ; зрѣніе на лѣвый особенно понизилось годъ назадъ. Двѣ послѣднихъ недѣли лѣчится амбулаторно въ клиникѣ.

Status praes. Oc. d. Рубцовая трахома; leucoma центральная Vis. $^{1}/_{\infty}$.

Oc. sin. Рубцовая трахома съ катарральными явленіями. Имѣется наклонность къ завороту верхняго вѣка. Сосуды pannus'а облегаютъ рогов. оболочку со всѣхъ сторонъ Vis. $^{4}/_{cc}$.

Операція, 10 ноября 1907 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза. Значительное кровотеченіе, затруднявшее операцію. Наложено 2 шва. 11 ноября. Конъюнктива очень мало отечна; болей нѣтъ. 12 ноября. Сосуды pannus'а вы-

ступаютъ сильнѣе. Сняты швы. 14 ноября. Вѣко имѣетъ правильное положеніе. 17 ноября. Pannus меньше. Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s. Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s. Съ этимъ улучшеніемъ зрѣнія больной уѣхалъ домой.

№ 50.

Федоръ Ч—нъ, 60 лѣтъ, Крестьянинъ.

Діагнозъ: Trachoma cicatric. Pannus tr. oc. utr. Leucoma adhaer. oc. d. Dacryo—cystitis phlegmon. oc. sin.

Анамнезъ: Глаза болятъ много лѣтъ; послѣдній годъ не можетъ ходить безъ проводника. Около $1^{1}/_{2}$ недѣль лѣчился амбулаторно обычными средствами.

Status praes.: Старая рубцовая трахома об. глазъ.

Vis. $^{1}/_{\infty}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$. oc. s.

Операція, 1 декабря 1907 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза. Два шва. 2 декабря. Швы сняты, разрѣзъ спаялся. Глазъ не болитъ. 5 декабря. Въ наружной части разрѣза не совсѣмъ ровное прилеганіе краевъ, что раздражаетъ глазъ (инъэкція). 10 декабря. Роговая оболочка чище. Vis. $^{3}/_{cc}$ oc. s. 16 декабря. Pannus меньше. Произведено вылущеніе слезнаго мѣшка. 21 декабря Vis $^{4}/_{cc}$ oc. s. Рубецъ не раздражаетъ.

№ 51.

Дарья И—ва, 32 лѣтъ, кухарка.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum. Pannus trachom. oc. sin. trichiasis palpebr. oc. d.

Анамнезъ: Продолжительность болѣзни около 6 лѣтъ; были операціи по поводу заворота вѣкъ.

Stat. praes. Рубцовая трахома; густой паннозный инфильтратъ на роговой оболочкѣ лѣваго глаза, не смотря на исправленный давно заворотъ вѣка.

Vis. $^{20}/_{XX}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 12 января 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза. Швы на рану не накладывались. 13 января. Небольшой отекъ и инъэкція конъюнктивы. Глазъ не болитъ. 14 января. Положеніе вѣка правильное, разрѣзъ склеил-

ся. 18 января. На мѣстѣ разрѣза нѣсколько втянутый рубецъ (бороздка). 19 января. Pannus меньше. Vis. $^{8}/_{cc}$ oc. s.

6 февраля Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s.

18 марта Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. s. 10 сентября Vis. Id.

№ 52.

Татьяна С—ва, 25 лѣтъ, прислуга.

Діагнозъ: Trachoma cicatric. oc. utr. Pannus crassus oc. utr.

Stat. praes. Конъюнктивальный мѣшокъ узокъ; рубцы на кожѣ вѣкъ послѣ операцій по поводу заворота.

Vis $^{8}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{2}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 8 февраля 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣв. глаза. Операцію затрудняли при отпрепаровкѣ рубцовыя спайки съ конъюнктивой. Наложено 2 шва. 9 февр. Сильный отекъ вѣка, съ кровоподтекомъ. Глазъ не болитъ. Сняты швы. 11 февраля. Отекъ исчезъ; оставлена безъ повязки. 15 февраля. Pannus уменьшается. 24 февраля Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

10 марта. Значительное просвѣтлѣніе роговой оболочки. Vis. $^{8}/_{cc}$ os. s. Vis. $^{10}/_{cc}$. oc. d. 10 апрѣля. Vis. $^{10}/_{cc}$. oc. sin.

Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. d.

Послѣопераціонный рубецъ трудно отличить среди другихъ послѣ трахомы. Въ октябрѣ 1908 г. Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. utr.

№ 53.

Ревекка Т—на, 35 лѣтъ, мѣщанка.

Діагнозъ: Trachoma cicatricans oc. utr. Pannus trachom. Macula corn. oc. s.

Анамнезъ: Два года назадъ лѣчилась лѣкарствами и выдавливаніемъ; теперь снова зрѣніе ухудшилось.

Stat. praes. Рубцы конъюнктивы; хрящъ изогнутъ; конъюнктива гиперемирована.

Vis. $^{20}/_{LXX}$ oc. d.

Vis. $^{5}/_{cc}$. oc. s.

Операція, 12 февраля 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза. Три шва. 13 февраля. Швы раздражаютъ,—глазъ болитъ; швы удалены. 15 февраля. Легкая повязка. 1 февраля. Pannus уменьшается. Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s. 25 фев-

раля. Рубецъ ровный, не третъ; конъюнктива блѣднѣе; слѣды pannus'a. Vis ^{20}/cc. oc. s.

№ 54.

Семенъ Ч—нъ, 48 лѣтъ, занимается хлѣбопашествомъ. Діагнозъ: Trachoma cicatr. Pannus. tr. oc. utr. Macula corn. oc. s.

Анамнезъ: Лѣчился амбулаторно въ клиникѣ около мѣсяца по поводу pannus'a.

Stat. praes. Рубцовая конъюнктива. Хрящъ изогнутъ.

Vis. ^{4} cc. oc. d.

Vis. ^{4}/cc oc. s.

Операція, 14 марта 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка праваго глаза. Наложено 4 шва. 15 марта. Швы сняты. 23 марта. Глазъ раздраженъ, вслѣдствіе тренія волокнами, оставшимися отъ шва; волокна удалены. 29 марта. Pannus меньше. Рубецъ ровный.

1 апрѣля Vis. ^{10}/cc oc. d.

„ Vis. ^{5}/cc oc. s.

№ 55.

Кириллъ Н—въ, 51 г. крестьянинъ, занимается хлѣбопашествомъ.

Діагнозъ: Trachoma cicatricans. Pannus trach. oc. utr. Trichiasis palp. inf. oc. utr.

Status praes. Конъюнктива вѣкъ напряжена; хрящъ изогнутъ вблизи рѣсничнаго края.

Vis. ^{3}/cc oc. d. Vis. ^{20}/cc oc. s.

Операція, 27 сентября 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка прав. глаза, съ предварительной кантопластикой. Наложенъ одинъ шовъ на рану посрединѣ. 28 октября. Шовъ снятъ. Болей нѣтъ. 1 октября. Легкая повязка. 2 октября. Vis. прежній.

5 сентября. Операція исправленія trichiasis нижняго вѣка прав. глаза.

8 сентября. Pannus меньше. Vis. ^{8}/cc. oc. b.

Больные оперированные въ глазныхъ отрядахъ.

№ 56.

Аграфена В—ва, 19 л., крестьянка Елабужскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomat. oc. utr. Macula corn. oc. s.

Анамнезъ: Глаза болятъ нѣсколько лѣтъ; годъ тому назадъ въ теченіе мѣсяца лѣчилась въ глазномъ отрядѣ, гдѣ произведено было выдавливаніе зеренъ. Послѣднюю недѣлю лѣчилась лѣкарствен. средствами.

Status praes. Трахома рубцующаяся съ разлитой инфильтраціей конъюнктивы.

Vis. $^{20}/_{XL}$ oc. d.

Vis. $^{3}/_{CC}$ oc. s.

Операція, 3 іюня 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Заживленіе безъ осложненій.

20 іюня. Pannus'а нѣтъ: только остаются стойкія macula corneae. Зеренъ нѣтъ, инфильтрація к—вы меньше.

Vis. $^{15}/_{CC}$ oc. s.

№ 57.

Пелагея Е—ва, 30 л., вотянка, Елабужскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chron. Pannus trachom. oc. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ давно, но систематически никогда ихъ не лѣчила.

Status praes. Трахома частью съ зернами, но главнымъ образомъ съ разлитой инфильтраціей.

Операція, 9 іюня 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Заживленіе безъ отклоненій отъ обычнаго теченія.

25 іюня. Замѣтное улучшеніе pannus'а на оперированномъ глазѣ; зеренъ нѣтъ.

№ 58.

Захаръ М—въ, 64 л., татаринъ Мамадышскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachomat. oc. utr.

Анамнезъ: Годъ тому назадъ лѣчился въ глазномъ отрядѣ очень аккуратно около 3-хъ недѣль, да и вообще часто обращается въ земскую больницу.

Status praes. Отдѣльныхъ зеренъ, подходящихъ для выдавливанія нѣтъ; конъюнктива сплошь инфильтрирована и вблизи переходной складки имѣетъ студенистый характеръ.

Операція, 16 іюня 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза.

22 іюня. Рѣзкое улучшеніе pannus'a, но слизистая еще инфильтрирована.

№ 59.

Марѳа С—ва, 45 л., татарка Мензелинскаго уѣзда.

Діагнозъ: Taachoma chronicum. Pannus trachomat. oc. utr.

Status praes. Трахома съ разлитой инфильтраціей конъюнктивы.

Операція, 2 іюня 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

29 іюня. Pannus значительно меньше; конъюнктива инфильтрирована менѣе.

№ 60.

Анна Д—ва, 18 л., татарка изъ Мамадышскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronic. florescens. Pannus trachomatos. oc. utr.

Status praes. Трахома въ періодѣ полнаго развитія; сосочковыя разрастанія и зерна.

Oc. d. Vis. $^{10}/_{cc}$.

Oc. s. Vis. $^{3}/_{cc}$.

Операція, 26 мая 1907 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

Операція осложнилась значительнымъ кровотеченіемъ въ послѣопераціонномъ теченіи, сильный отекъ вѣкъ и конъюнктивы глазного яблока.

21 іюня. Значительное улучшеніе pannus'a; трахома перешла въ рубцовый стадій, инфильтраціи нѣтъ (оперир.); неоперированный лѣчился выдавливаніемъ и смазываніями; также и на немъ улучшеніе, но имѣется инфильтрація конъюнктивы.

Vis. $^{20}/_{cc}$ oc. d,

Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s.

№ 61.

Владимiръ Ив—ъ, 17 л. Татаринъ Машадышскаго уѣзда.

Дiагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trachomatos. oc. utr. Macula corn. oc. d.

Анамнезъ: Предварительно лѣчился прижигающими и выдавливанiемъ

Status praes: Трахома съ разлитымъ пропитыванiемъ конъюнктивы переходной складки и хряща вѣкъ.

Операцiя, 22 iюня 1907 г. комбинированной эксцизiи верхней переходной складки лѣваго глаза.

30 iюня. Pannus замѣтно меньше; конъюнктива меньше утолщена.

№ 62.

Минниханъ М—въ, 43 г., татаринъ Елабужскаго уѣзда.

Дiагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus oc. utr.

Операцiя, 29 мая 1907 г. комбинированной эксцизiи верхней переходной складки лѣваго глаза.

15 iюня. Pannus уменьшился; зеренъ нѣтъ, инфильтрацiя слизистой меньше.

№ 63.

Татьяна Васильева, 16 л, вотянка Сарапульскаго уѣзда.

Дiагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus os. utr.

Анамнезъ: Вслѣдствiе болѣзни глазъ прекратила обученiе въ школѣ. Прежде лѣчила глаза только каплями; въ отрядѣ произведено выдавливанiе зеренъ.

Status praes. Отдѣльныхъ зеренъ на конъюнктивѣ вѣкъ не замѣтно; конъюнктива сплошь утолщена и пропитана инфильтратомъ.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. d.

Vic. $^{5}/_{cc}$ oc. s.

Операцiя, 19 мая 1908 г., комбинированной эксцизiи верхней переходной складки лѣваго глаза.

1 іюня. Слѣды pannus'a; инфильтрація конъюнктивы лѣваго глаза меньше.

Vis. $^{15}/_{cc}$ oc. s.

№ 64.

Лукерья, 18 л, вотянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. oc. utr. Pannus trachomat. oc. d.

Анамнезъ: Предварительно примѣнено было леченіе выдавливаніемъ и смазываніями.

Status praes. Конъюнктива и хрящъ вѣкъ утолщены.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. d.

Vis $^{20}/_{XL}$ oc. s.

Операція, 27 мая 1908 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза.

4 іюня Vis $^{4}/_{cc}$ oc. d. Pannus уменьшается, слизистая еще инфильтрирована.

№ 65.

Анна К—ва, 15 л., крестьянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatos. os. utr.

Анамнезъ: Глаза болятъ много лѣтъ; около 2-хъ недѣль въ отрядѣ примѣнялось предварительно обычное лѣченіе съ выдавливаніемъ зеренъ.

Stat. praes. Трахома рубцующаяся, сухая; вслѣдствіе сильнаго pannus'a нельзя разсмотрѣть рисунокъ радужной оболочки.

Vis $^{2}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{1000}$ oc. s.

Операція, 28 мая 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

24 іюня Oc. d. V· $^{4}/_{cc}$.

Oc. s. Vis. $^{4}/_{cc}$. Pannus уменьшается, конъюнктива инфильтрирована меньше.

№ 66.

Пелагея К—ва, 16 л., крестьянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. s. Pannus trachom. crassus. oc. s.

Анамнезъ: Глазъ болитъ нѣсколько лѣтъ. Предварительно, въ теченіи недѣли лѣчилась въ отрядѣ обычными средствами.

Status praes. Разлитая инфильтрація конъюнктивы; pannus облегаетъ роговую оболочку со всѣхъ сторонъ.

Vis. $^{20}/xx$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{1000}$ os. s.

Операція, 29 мая 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

19 іюня. Pannus уменьшился, такъ что теперь можно опредѣлить присутствіе заднихъ синэхій; центрально изъ подъ pannosнаго инфильтрата обнаружилась macula corneae. Vis. $^{1}/_{cc}$ os. s. Конъюнктива блѣднѣе и менѣе утолщена.

№ 67.

Константинъ А—въ, 29 л., бывшій рабочій изъ Воткинскаго завода.

Діагнозъ: Trachoma chronic. Pannus trach. oc. utr. Macula corneae oc. d. Leucoma corn. oc. s. Trichiasis palpebr. sup. oc. sin. et infer. oc. d.

Анамнезъ: Вслѣдствіе болѣзни глазъ уже давно оставилъ всякую работу на заводѣ. Въ отрядѣ предварительно произведено выдавливаніе зеренъ.

Stat. praes: Трахома, частью съ образованіемъ рубцовъ, частью съ разлитымъ пропитываніемъ конъюнктивы.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 31 мая 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки прав. глаза. Заживленіе обычное.

7 іюня. Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. d.
Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

28 іюня. Oc. d. Vis. $^{10}/_{cc}$.
Oc. s. Vis. $^{8}/_{cc}$.

Pannus уменьшается; конъюнктива на оперированномъ не инфильтрована.

№ 68.

Акулина К—ва, 29 л., крестьянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus crassus oc. utr.

Анамнезъ: Около 2-хъ недѣль лѣчится въ отрядѣ (выдавливаніе, смазыванія arg. nitr.); зрѣніе не улучшается.

Stat. praes.: На конъюнктивѣ частью рубцы, частью разлитая инфильтрація. Хрящъ утолщенъ.

Vis. $^{2}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 7 іюня 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

13 іюня Vis. прежній.

24 іюня Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s. Pannus меньше.

Слизистая инфильтрована меньше.

№ 69.

Аксинья Л—на, 23 л., крестьянка Глазовскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chron. oc. utr. Pannus trachom. os. utr.

Анамнезъ: Около 2-хъ недѣль назадъ въ отрядѣ произведено выдавливаніе зеренъ.

Stat. praes. Рубцующаяся трахома съ разлитой инфильтраціей.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 9 іюня 1908 г., комбинированной эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза. Операція затруднялась благодаря неспособности больной свободно владѣть движеніями глаза.

19 іюня. Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s. Pannus меньше, также и инфильтрація конъюнктивы.

№ 70.

Анна Б—ва, 16 л., крестьянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Pannus trachomat. oc. utr.

Анамнезъ: Лѣчится около 3 недѣль въ отрядѣ.

Stat. praes. Хрящъ утолщенъ; конъюнктива въ области переходной складки также утолщена.

Vis. $^{1}/_{1000}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 6 іюня 1908 г. комбинированной эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза. Теченіе обычное.

12 іюня. Vis. прежній.

21 іюня. Vis. $^{2}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s. Pannus меньше, но слизистая еще утолщена.

№ 71.

Настасья В—ва, 26 л., вотянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum. Pannus trachomatosus oc. utr.

Status praes.: Разлитое пропитываніе конъюнктивы главнымъ образомъ по переходной складкѣ, частью зерна.

Vis. $^{8}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 4 іюня 1908 г., простой эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

11 іюня. Vis. $^{3}/_{cc}$ oc. s.

18 іюня. Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s. Pannus уменьшается.

№ 72.

Агафонъ Б—въ, 20 л., крестьянинъ Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. s. Pannus trachomat. oc. s.

Анамнезъ: Двѣ недѣли назадъ было сдѣлано выдавливаніе трахомы.

Stat. praes. Сплошная инфильтрація,—больше по переходной складкѣ.

Vis. $^{20}/_{xxx}$ oc. d

Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 17 іюня 1908 г., простой эксцизіи верхней переходной складки лѣваго глаза.

24 іюня. Vis. $^{20}/_{xxx}$ oc. d.

Vis. $^{10}/_{cc}$ oc. s.

28 іюня. Инъэкція конъюнктивы,—удалены волоконца отъ швовъ.

30 іюня. Vis. $^{12}/_{cc}$ oc. s. Pann'озный инфильтратъ тоньше.

№ 73.

Федоръ Пр—въ, 25 л., крестьянинъ Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma chronicum oc. utr. Pannus trachomatosus oc. d.

Анамнезъ: Лѣчится уже нѣсколько лѣтъ. Двѣ недѣли назадъ произведено выдавливаніе зеренъ.

Stat. pr. Трахома рубцующаяся; переходная складка утолщена.

Vis. $^4/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{20}/_{xL}$ oc. s.

Операція, 24 іюня 1908 г., простой эксцизіи верхней переходной складки праваго глаза.

30 іюня. Vis. прежній. Глазъ раздраженъ (остатками швовъ).

4 іюля. Vis. $^8/_{cc}$ oc. d. Pannus меньше.

№ 74.

Иванъ К—въ, 49 л., крестьянинъ Мамадышскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum. Pannus trachom. oc. utr.

Анамнезъ: Нѣсколько времени назадъ было сдѣлано выдавливаніе рецидивировавшихъ (по переходной складкѣ) зеренъ.

Stat. praes. Конъюнктива рубцово перерождена, гиперэмирована; хрящъ изогнутъ. Vis. $^5/_{cc}$ oc. utr.

Операція, 25 мая 1907 г., вылущенія хряща верхняго вѣка праваго глаза.

4 іюля. Pannus меньше.

Vis. $^8/_{cc}$ oc.d.

Vis. $^5/_{cc}$ oc. s.

№ 75.

Федора С—на, 50 л., крестьянка Елабужскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum. Pannus trachomat. oc. utr.

Анамнезъ: Около 3-хъ недѣль лѣчится обычными средствами безъ видимыхъ результатовъ для pannus'a.

St. pr. Хрящъ верхняго вѣка малъ и изогнутъ. Vis $^3/_{cc}$ oc. d. Vis. $^1/_{cc}$ oc. s.

Операція, 3 іюня 1907 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза.

16 іюня. Pannus уменьшился.

Vis. 5/cc oc. d.

Vis. 10/cc oc. s.

№ 76.

Мавра П—ва, 55 лѣтъ, крестьянка Елабужскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma cicatriceum. Pannus trachomatos. oc. utr. Macula corneae oc. s.

Stat. praesens. Vis. 1/cc каждаго глаза. Хрящъ утолщенъ и изогнутъ.

Операція, 20 іюня 1907 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза.

27 іюня. Vis. прежній. Особаго улучшенія pannus'а не замѣтно.

№ 77.

Александра Л—ва, 56 л., крестьянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma cicatricans. Pannus trachomat. oc. utr. Macula corn. oc. utr.

Анамнезъ: Около 2-хъ недѣль лѣчится обычными средствами безъ улучшенія зрѣнія.

Stat. praes. Рубцы конъюнктивы; хрящъ утолщенъ и изогнутъ.

Vis. 5/cc oc. d.

Vis. 1/cc oc. s.

Операція, 15 мая 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза.

Операція затруднялась изъ за высокой верхней стѣнки орбиты, вслѣдствіе чего трудно было вставить роговую пластинку. Швы не накладывались. 16 мая. Рана склеена. Вѣко напряжено, но болей нѣтъ.

12 іюня. Vis. 8/cc oc. d.

„ Vis. 15/cc oc. s.

26 іюня. Vis. 10/cc oc. d.

„ Vis. 20/cc oc. s.

№ 78.

Марія А—ва, 55 л., вотянка Сарапульскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma cicatricans oc. utr. Pannus trachomatosus oc. d. Macula corneae oc. utr.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 27 іюня 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка праваго глаза.

5 іюня. Pannus меньше.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{5}/_{cc}$ oc. s.

№ 79.

Андрей Л—въ, 60 л., крестьянинъ Сарапульскаго уѣзда.

Trachoma cicatriceum. Pannus trahomat. oc. utr.

Vis. $^{2}/_{cc}$. oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$. oc. s.

Операція, 28 мая 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза.

4 іюня Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s.

№ 80.

Иванъ Ф—въ, 39 лѣтъ, крестьянинъ Глазовскаго уѣзда.

Діагнозъ: Trachoma ciartriceum. Pannus trachomatosus oc. utr.

Vis. $^{2}/_{cc}$ oc. d.

Vis. $^{1}/_{cc}$ oc. s.

Операція, 11 іюня 1908 г., вылущенія хряща верхняго вѣка лѣваго глаза. Коньюнктива послѣ разрѣза очень сократилась и подвертывалась; наложено 2 шва.

18 іюня. Vis. $^{2}/_{cc}$ oc. d.

" Vis. $^{4}/_{cc}$ oc. s. Pannus уменьшается.

Для большей наглядности главнѣйшія данныя изъ приведенныхъ исторій болѣзней, касающіяся продолжительности наблюденія, остроты зрѣнія до и послѣ операціи и пр., мы приводимъ ниже въ особой таблицѣ.

ТАБЛИЦА

оперированныхъ, съ указаніемъ продолжительности наблюденія, осложненій и главнѣйшихъ результатовъ операцій.

I. Простая эксцизія нижней переходной складки.

№№ по порядку.	Имя.	№ исторіи болѣзни.	Возрастъ.	ДІАГНОЗЪ.	Время операціи.	Продолжительность наблюденія	Вліяніе на трахоматозный процессъ конъюктивы.
1	Діомидъ М.	1	40	Trachoma chron. Pannus trachomat.	24.II 1906 г.	1 годъ.	Безъ особаго вліянія.
2	Настасья П.	3	22	Jd.	4.XII 1907 г.	1 г. 9 мѣс.	Тоже.
3	Петръ И—въ.	7	31	Jd.	27.I 1907 г.	$1^1/_2$ мѣсяца.	Въ связи съ другимъ лѣченіемъ улучшеніе.
4	Анна К.	10	40	Jd.	21.XII 1906 г.	2 мѣсяца	Благопріятное.
5	Калликстъ З.	41	54	Jd.	2.IV 1907 г.	5 мѣсяцевъ.	Безъ особаго вліянія.
6	Екатерина Т.	42	31	Trachoma florescens. oc. d	15.XII 1907 г.	Около 2-хъ недѣль.	Улучшеніе.
7	Иванъ С.	43	30	Trachoma chron.	20.XII 1907 г.	2 недѣли.	Улучшеніе.
8	Устинія Б.	26	16	Trachoma chron. Pannus trachom. Macula corn. oc. s.	10.XII 1907 г	Болѣе 2-хъ мѣсяцевъ.	Безъ особаго вліянія.
9	Василій З.	44	35	Trachoma chron.	27 XI 1907 г.	1 мѣс и 1 неделя	Улучшеніе.
10	Василиса Д.	4	52	Trachoma chron. Pannus trach.	13.XII 1906 г.	Около 2-хъ мѣсяцевъ.	Улучшеніе въ связи съ другимъ лѣченіемъ.
11	Димитрій Т.	37	44	Jd.	29.X 1908 г.	9 дней.	Улучшеніе въ связи съ другимъ лѣченіемъ.

II. *Простая экцизія верхней переходной складки.*

№№ по порядку.	Имя.	№ исторіи болѣзни.	Возрастъ.	Діагнозъ.	Время операціи.	Продолжительность наблюденія.	Visus. До операціи.	Visus. Послѣ операціи.	Осложненія послѣ операціи.
1	Иванъ Л.	2	14	Trachoma chron. Pannus trach. Argyrosis.	7.III 1906 г.	2 года и 7 мѣс.	8/cc.	20/cc.	—
2	Раиса Я—я.	39	16	Trachoma chron. Pannus trach. Macula corn. oc. utr.	28.I 1907 г.	1 годъ 9 мѣс	20/cc.	20/xxx.	Отекъ вѣкъ.
3	Исаакъ К—къ.	23	32	Jd.	8.XII 1907 г.	10 мѣс.	20/cc.	20/L.	—
4	Василій П.	25	23	Jd. et Ptosis trachom.	15.XII 1907 г.	1 мѣсяцъ.	10/cc.	20/c.	Отекъ вѣкъ.
5	Николай П.	40	22	Jd. Macula corneae.	12.II 1908 г.	1 мѣсяцъ.	1/cc.	5/cc.	—
6	Матрена Т.	45	18	Jd.	11.X 1908 г.	Около 1-го мѣсяца	1/cc.	4/cc.	—
7	Настасья В.	71	26	Trachoma chr. Pannus trach.	4 VI 1908 г.	2 недѣли.	1/cc.	5/cc.	—
8	Агафонъ Б.	72	20	Jd.	17.VI 1908 г.	2 недѣли.	4/cc.	12/cc.	—
9	Федоръ П.	73	25	Jd.	24.VI 1908 г	2 недѣли.	4/cc.	8/cc.	—

III. Камбинированная эксцизія верхней переходной складки.

№№ по порядку.	И м я.	№ исторіи болѣзни.	Возрастъ.	Д І А Г Н О З Ъ.	Время операціи.	Осложненія послѣ операціи. Ближайшее.	Осложненія послѣ операціи. Отдаленное.	Продолжительность наблюденія.	V i s u s. До операціи.	V i s u s. Послѣ операціи
1	Діомидъ М.	1	40	Trachoma chron. Pannus trach. oc. s.	9.II 1906 г.	Keratitis superfic circumscr	—	2 г. 10 мѣс.	10/cc.oc s.	20/LXX.
2	„	1	„	Jd. et keratitis superfic. circumscr. oc. d.	29.II 1908 г.	—	Macula corneae.	9 мѣсяцевъ.	8 cc. oc d.	10/cc
3	Иванъ Л	2	14	Trachoma chron. Pannus trach.	12 II 1907 г.	—	—	1 г. и 9 мѣс.	8/cc.	10/cc.
4	Василиса Д.	4	52	Trachoma chron. Pannus trach. Leucoma adh. oc. s.	22.XI 1906 г.	—	—	$2^1/_2$ мѣс.	1/50 oc. s.	4/cc. oc s
5	„	„	„	„	3 I 1907 г.	Keratitis superf. circumscr	Прозрачная фасетка.	$1^1/_2$ мѣс	20/cc oc d.	20/LXX.
6	Настасья П.	3	22	Trachoma chronic Pannus trach. oc. utr.	22.XI 1906 г.	—	—	2 года.	3/cc oc d.	10/cc.
7	„	„	„	Jd.	31.X 1907 г.	—	—	1 годъ.	1/cc oc. s.	20/cc.
8	Ирина Гр.	5	21	Jd.	29 XI 1906 г.	—	—	$2^1/_2$ мѣс.	20/cc.oc.d.	20/LXX.
9	„	„	„	„	13.I 1907 г.	Keratitis superfic. circumscripta.	Macula corneae.	1 мѣс.	20/cc.	20/cc.
10	Марфа Ф.	6	30	Trachoma florescens. Pannus trachomat. oc. utr.	22.XII 1907 г.	—	—	3 мѣс.	1/1000.	4 cc.
11	Петръ И—въ.	7	31	Trachoma chronic. Pannus trachom.	3.I 1907 г.	Keratitis superf. circumscripta.	Macula cornae.	2 мѣс.	5/cc.	15/cc.
12	Степанида П.	8	55	Trachoma chron. oc. utr.	27.I 1907 г.	—	—	1 годъ.	20/Loc. s. (?)	20/L.
13	„	„	„	„	19.IX 1907 г.	Значит. кровотеч.	—	1 годъ.	20/c. oc. d.	20/c.

[illegible]	„	„	„	„	[illegible] 1907 г.	Значит. кровотеч.	—	1 годъ.	20/[illegible] oc.d.	20/c.
14	Марія А—ва.	9	38	Trachoma chr. Pannus trach. Argyros. conjunctivae.	27.I 1907 г.	—	—	1 мѣс.	5/cc.	10 cc.
15	Анна К.	10	40	Trachoma chr. Pannus trach. Maculae corn.	31 I 1907 г.	—	—	2 мѣс.	10/cc	20/cc.oc.d
16	„	„	„	„	14.II 1907 г.	—	—	1 мѣс.	10/cc.	20/cc.oc s
17	Марфа П.	11	15	Trachoma chr. Pannus crassus.	21.II 1907 г.	—	—	1 мѣс.	1/cc.	8/cc.
18	Марія Е—на.	12	32	Trachoma chr. Pannus trach.	14.III 1907 г.	—	—	2 нед.	1/cc.	5/cc
19	Марія Ч—а	13	30	Trachoma chr. Pannus trach. Maculae corn.	21.III 1907 г.	—	—	1 нед.	3/cc.	5/cc.
20	Надежда С.	14	30	Trachoma cron. Pannus. trach.	4 IV 1907 г.	—	—	9 мѣс	10/cc.	20 xxx.
21	Димитрій Х.	15	23	Jd. et. Maculae corn.	19.IX 1907 г.	—	—	2 мѣс.	2/cc.	20/cc.
22	Хасанъ Х.	16	20	Jd. Synech.post. oc. s.	22 IX 1907 г.	—	—	1 годъ.	1/1000.	20/cc.
23	Марія Г.	17	16	Trachoma chron. Pannus trach.	29.IX 1907 г.	—	—	2 мѣс.	10/cc.	20/LXX.
24	Татьяна Р.	18	60	Jd.	10.X 1907 г.	—	—	3 мѣс	1/cc. oc. s.	8/cc.
25	„	„	„	„	14 XI 1907 г.	—	—	$1^1/_2$ мѣс.	4/cc.	5 cc.
26	Θекла Т	19	50	Jd.	31 X 1907 г.	Кратковремен. ptosis.	—	$1^1/_2$ мѣс.	4/cc.	15/cc.
27	Мавра Н.	20	57	Jd. Synech. post. oc. s.	24.XI 1907 г.	Keratitis superf. circumscr	Прозрачная фасетка.	2 мѣс.	5/cc.	8/cc.
28	Михаилъ Е-нъ.	21	52	Trachoma chron. Pannus trach. Macula corn. oc. d.	28.XI 1907 г.	—	—	$3^1/_2$ мѣс.	3/cc.	20 cc.oc s.
29	„	„	„	„	27.II 1908 г.	—	—	2 нед.	4/cc	20/cc.oc.d.
30	Иванъ М.	22	48	Trachoma florescens. oc. utr.	31.I 1907 г.	—	Перемычка конъюнктивы.	1 г. 9 мѣс.	20/XL.	20/xx oc.s
31	„	„	„	„	1.XII 1907 г.	Ulcera corneae.	Прозрачныя фасетки.	10 мѣс.	20 LXX	20/xx oc.d.
32	Исаакъ Кр.	23	32	Trachoma chr. Pannus trach. Macula corn.	19.I 1908 г.	—	Образов. грануляцій.	10 мѣс.	15/cc.	20/cc.
33	Лукерья К.	24	30	Jd. Trichiasis oc. d.	15 XII 1907 г.	—	Образов. грануляцій	2 мѣс	3/cc.	20/cc.

№№ по порядку.	И м я.	№ исторіи болѣзни.	Возрастъ	Д І А Г Н О З Ъ.	Время операціи.	Осложненія послѣ операціи.		Продолжительность наблюденія.	V i s u s.	
						Ближайшее.	Отдаленное		До операціи.	Послѣ операціи.
34	Василій П.	25	23	Trachoma chr. Pannus trach.	22.xii 1907 г.	—	—	1 мѣс.	8/cc.	20/cc.oc.d.
35	Устинья Б.	26	16	Jd. Macula corn.	19.xii 1907 г.	—	—	2 мѣс.	4/cc.	20/cc.
36	Степанъ В.	27	22	Trachoma chron. Pannus trach.	16.i 1908 г.	—	Образов. грануляцій.	1 мѣс.	1/∽	5/cc. oc. s.
37	"	"	"	"	22.i 1908 г.	—	—	1 мѣс.	1/∽	1/cc. oc. d.
38	Дарья М.	28	18	Trachoma chron. Pannus crassus oc. d.	21.i 1908 г.	—	—	1 мѣс.	1/1000.	20/cc.
39	Любовь К.	29	20	Trachoma chron. oc. utr.	25.i 1908 г.	—	—	2 мѣс.	20/LXX.	20/L.
40	Гавріилъ К.	30	27	Jd. Pannus trach.	29.i 1908 г.	—	—	Около 2-хъ мѣс.	5/cc.	20/LXX oc. d.
41	"	"	"	"	19.ii 1908 г.	Keratitis superf. circumscr.	—	1 мѣс.	5/cc.	20/cc.oc s.
42	Матрена С.	31	17	Jd. Ectasia cornae oc. s	1.ii 1908 г.	—	—	2 мѣс.	1/cc.	5/cc. oc. d
43	"	"	"	"	15.ii 1908 г.	—	—	$1^1/_2$ мѣс.	1/1000.	1/1000oc.s
44	Михаилъ Ш.	32	30	Trachoma chron. Pannus trach. Macula corn.	5.ii 1908 г.	—	—	$1^1/_2$ мѣс.	2/cc.	5/cc.
45	Игнатій Хр.	33	24	Trachoma chr. Pannus crassus oc utr.	19.ii 1908 г.	—	—	1 мѣс.	1/1000.	1/1000.
46	Арина К-на.	34	60	Trachoma chr. Pannus trach.	14.iii 1908 г.	Keratitis superf. circum.	—	1 мѣс.	20/LXX.	20/LXX.
47	Ульяна Г.	35	35	Trachoma chr. Pannus crassus.	1.iv 1908 г.	—	—	10 дней.	20/cc.	20/cc.
48	Парасковья Л.	36	26	Trachoma chron. Pannus tr. oc. s.	24.ix 1908 г.	—	—	2 нед.	1/cc.	5/cc. oc. s.
49	Димитрій Т.	37	44	Jd.	11.ix 1908 г.	—	—	Свыше мѣсяца.	20/cc.	20/LXX oc. d.
50	"	"	"	"	15.x 1908 г.	—	—	—	2/cc.	10/cc.
51	Борисъ З.	38	18	Jd. Pannus crassus (Trachoma corneae).	15.x 1908 г.	—	—	$2^1/_2$ нед	1/∽	1/∽
52	Аграфена В.	56	19	Trachoma chr. Pannus trach. Maculae corn. oc utr.	3.vi 1907 г.	—	—	17 дней.	3/cc.	15/cc.

53	Пелагея Е.	57	30	Trachoma chronic. Pannus trach.	9.vi 1907 г.	—	—	16 дней.	Уменьш.	pannus'a.
54	Захаръ М.	58	64	Jd.	16.vi 1907 г.	—	—	1 нед.	Уменьш.	pannus'a.
55	Марфа С.	59	45	Jd.	21.vi 1907 г.	—	—	8 дней.	Уменьш.	pannus'a.
56	Анна Д.	60	18	Trachoma florescens. Pannus trach.	26.v 1907 г.	Значительное кровотеч.	—	Около 1 мѣс.	3/cc.	10/cc.
57	Владиміръ Ив.	61	17	Trachoma chron. Pannus trach. Macula corn.	22.vi 1907 г.	—	—	1 нед.	Уменьш.	pannus'a.
58	Минниханъ М.	62	43	Trachoma chron. Pannus trach.	28.v 1907 г.	—	—	2 нед.	Улучшеніе.	
59	Татьяна В.	63	16	Jd.	19.v 1908 г.	—	—	Около 2 нед	5/cc.	15/cc.
60	Лукерья М.	64	18	Jd.	27.v 1908 г.	—	—	1 нед.	1/cc.	4/cc.
61	Анна К	65	15	Jd.	23.v 1908 г.	—	—	1 мѣс.	1/1000.	4/cc.
62	Пелагея К.	66	16	Trachoma chr. Pannus crass. oc. s.	21 v 1908 г.	—	—	1 мѣс.	1/1000.	1/cc.
63	Константинъ А.	67	29	Trachoma chron. Pannus trach. Macula corn oc. d. Leucoma corn. oc. s. Trichiasis p. sup. oc. s. et. infer. oc. d.	31.v 1908 г.	—	—	1 мѣс.	5/cc	10/cc.
64	Акулина К.	68	29	Trachoma chr. Pannus trach.	7.vi 1908 г.	—	—	2½ нед	1/cc.	4/cc.
65	Аксинья Л.	69	23	Jd.	9.vi 1908 г.	—	—	10 дней.	1/cc.	4/cc.
66	Анна Б.	70	16	Jd.	6 vi 1908 г.	—	—	2 нед	1/1000.	2/cc.

IV. Вылущеніе хряща вѣкъ.

1	Анна Р.	46	40	Trachoma chronic. Pannus. trach. Maculae corn.	17.iii 1906 г.	—	—	2 нед.	15/cc.	—
2	Павелъ М—въ.	47	41	Trachoma cicatricans Pannus trach Macul. corn.	22.xii 1907 г.	—	—	1 годъ.	10/cc.	15/cc.
3	Агафья Р.	48	23	Trachoma cicatricans Pannus trach.	7.iv 1907 г	—	—	1 нед.	20/cc.	20/LXX.
4	Матвѣй Л.	49	35	Jd.	10.xi. 1907 г.	Значит. кровотеченіе.	—	2 нед.	4/cc.	10/cc.
5	Федоръ Ч.	50	60	Jd.	1 xii 1907 г.	—	—	3 нед.	1/cc.	4/cc.
6	Дарья И—ва.	51	32	Jd.	12.i 1908 г.	—	—	9 мѣс.	1/cc.	20/cc.

№ по порядку.	И м я.	№ исторіи болѣзни.	Возрастъ.	ДІАГНОЗЪ.	Время операціи.	Осложненія послѣ операціи: Ближайшее.	Осложненія послѣ операціи: Отдаленное.	Продолжительность наблюденія.	Visus: До операціи.	Visus: Послѣ операціи
7	Ревекка П.	53	35	Jd.	12 II 1908 г.	Срѣзанъ кусочекъ конъюктивы съ хрящемъ	—	2 нед.	5/cc.	20/cc.
8	Игнатій Х.	33	24	Jd.	4.III 1903 г.	—	Образовался неровный рубецъ.	3 нед.	2/cc.	4/cc
9	Семенъ Ч.	54	48	Jd.	14.III 1908 г.	—	—	2 нед.	4/cc.	10/cc.
10	Татьяна С.	52	25	Jd.	8.II 1908 г.	—	—	9 мѣс.	2/cc.	10/cc.
11	Кириллъ Н.	55	51	Jd.	27.IX 1908 г.	—	—	11 дней.	3/cc.	8/cc.
12	Иванъ К.	74	49	Trachoma cicatricans. Pannus trach	25.VI 1907 г.	—	—	10 дней.	5/cc.	8/cc.
13	Федора С.	75	50	Jd.	3.VI 1907 г.	—	—	2 нед.	1/cc.	5/cc.
14	Мавра П.	76	55	Jd.	27.VI 1907 г.	—	—	1 нед.	1/cc.	1/cc.
15	Александра Л.	77	56	Jd. Maculae corn.	15.V 1908 г.	—	—	Около $1^1/_2$ мѣс.	1/cc.	20/cc.
16	Марія А—ва.	78	55	Jd.	27.V 1908 г.	—	—	9 дней.	1/cc.	5/cc.
17	Андрей Л.	79	60	Jd.	28.V 1908 г.	—	—	1 нед.	1/cc.	4/cc.
18	Иванъ Ѳ.	80	39	Jd.	11 VI 1908 г.	—	—	1 нед.	1/cc.	4/cc.

IV.

Собственныя изслѣдованія объ измѣненіяхъ въ конъюнктивѣ переходной складки и хрящѣ вѣкъ при трахомѣ.

Вырѣзывая переходную складку и хрящъ при трахомѣ, мы изслѣдовали ихъ гистологически. Весь этотъ паталого-анатомическій матеріалъ распредѣляется слѣдующимъ образомъ:

1) Восемь (8) переходныхъ складокъ изъ нижняго вѣка послѣ простой эксцизіи.

2) Девять (9) переходныхъ складокъ изъ верхняго вѣка послѣ подобной же операціи.

3) 64 переходныхъ складки съ хрящемъ послѣ комбинированной экспизіи.

4) 18 хрящей, полученныхъ послѣ вылущенія при рубцовой трахомѣ и

5) 43 хряща, вырѣзанные при операціи исправленія трахоматознаго заворота верхняго вѣка по способу Snellen'a.

Вырѣзанныя части немедленно послѣ операціи подвергались обработкѣ для послѣдующаго гистологическаго изслѣдованія. Въ качествѣ фиксирующихъ средствъ примѣнялись: жидкость Zenker'a, сулема; смѣсь Флемминга и осміева кислота для изслѣдованія на жировое перерожденіе; чаще всего препараты фиксировались въ $4^0/_0$ формалинѣ въ теченіи 2—3 сутокъ. Для хрящей иногда примѣнялся въ качествѣ одновременно фиксирующаго и уплотняющаго средства алкоголь постепенно повышаемой концентраціи.

Послѣ фиксаціи слѣдовало промываніе препаратовъ въ текучей водѣ. Фиксированные и промытые препараты обезвоживались и уплотнялись въ спиртахъ восходящей крѣпости, начиная съ $50^0/_0$, откуда черезъ сутки и на тотъ же срокъ переносились послѣдовательно въ $70^0/_0$, $80^0/_0$, $90^0/_0$, $95^0/_0$ и наконецъ въ абсолютный спиртъ.

Изъ абсолютнаго спирта препараты переносились въ смѣсь спирта и эфира (въ равныхъ частяхъ) и черезъ сутки сперва въ

жидкій— на 3—4 дня, затѣмъ въ средній и наконецъ заливались въ густой целлоидинъ.

Если предполагалась заливка въ параффинъ, то изъ абсолютнаго алкоголя препаратъ переносился послѣдовательно въ смѣси спирта съ ксилоломъ, въ чистый ксилолъ, въ насыщенный растворъ параффина въ ксилолѣ и въ чистый параффинъ.

Срѣзы приготовлялись параллельные рѣсничному краю вѣкъ, рѣдко сагиттальные.

Для окраски примѣнялся гематоксилинъ Delafield'а и эозинъ; иногда препараты окрашивались по v. Gieson'у, а послѣ фиксаціи въ жидкости Флемминга—саффраниномъ. Для изслѣдованія на эластическую ткань примѣнялся orcein и окраска по способу Weigert'a; на слизь—thyonin.

Изслѣдованный нами гистологически матеріалъ можно раздѣлить на двѣ группы: одна часть относится къ трахомѣ хронической, другая къ трахомѣ рубцовой и касается измѣненій только въ хрящѣ вѣкъ, такъ какъ при этой формѣ трахомы удалялся лишь хрящъ (операція Snellen'а и вылущеніе хряща по Kuhnt'у). Изъ первой группы можетъ быть выдѣлена часть препаратовъ, полученныхъ также путемъ эксцизіи отъ больныхъ, которымъ за нѣсколько дней до этого было произведено выдавливаніе трахоматозныхъ зеренъ.

Не буду подробно описывать гистологическую картину каждаго случая изслѣдованныхъ мною конъюктивы и хряща, такъ какъ микроскопическія измѣненія въ отдѣльныхъ случаяхъ одной и той же формы трахомы и стадіи развитія ея были очень однообразны и тождественны, а опишу лишь характерныя измѣненія, свойственныя каждой изъ изслѣдованныхъ формъ трахомы.

А. При хронической формѣ трахомы найдены слѣдующія измѣненія:

1) Въ переходной складкѣ нижняго вѣка.

Во всѣхъ случаяхъ обнаруживаются обычныя для трахомы измѣненія со стороны эпителія. Послѣдній утолщенъ во много слоевъ; подобно эпидермису, съ поверхности онъ состоитъ изъ плоскихъ клѣтокъ, въ глубинѣ же располагаются клѣтки цилиндрическія. Нерѣдко встрѣчаются клѣтки слизистыя.

Эпителій образуетъ углубленія, заходящія иногда въ толщу аденоиднаго слоя; при косыхъ или поперечныхъ срѣзахъ подоб-

ныя углубленія въ эпителіи со слизистыми клѣтками вполнѣ напоминаютъ железы, но сравнительно съ подобными образованіями нормальной конъюктивы они расширены и очень извиты.

Слой подъ—эпителіальный аденоидный утолщенъ въ нѣсколько разъ противъ нормы и пронизанъ въ разлитой формѣ круглыми лимфоидными клѣтками. Гиперплязія этого слоя сказывается кромѣ того скопленіемъ форменныхъ элементовъ въ видѣ зеренъ. Послѣдніе расположены то поверхностно тотчасъ подъ эпителіемъ, то въ глубинѣ аденоиднаго слоя. Въ клѣточныхъ элементахъ зеренъ—особенно много замѣтно фигуръ дѣленія ядеръ, свидѣтельствующихъ объ усиленномъ процессѣ разрастанія. Ткань диффузно инфильтрирована тѣми же самыми круглыми клѣтками, какія входятъ въ составъ зерна.

На ряду съ этимъ процессомъ гиперплязіи аденоидной ткани, постоянно замѣчается и гиперэмія, расширеніе сосудовъ, а иногда и инфильтрація въ окружности ихъ лейкоцитами.

2) Въ переходной складкѣ верхняго вѣка.

На препаратахъ, полученныхъ послѣ простой эксцизіи верхней переходной складки, какъ показываютъ послойные срѣзы, измѣненія всегда большей степени, чѣмъ на нижней переходной складкѣ и распространяются гораздо глубже.

Измѣненія эпителія въ отношеніи его строенія и расположенія клѣтокъ здѣсь тѣже самыя, что и въ переходной складкѣ нижняго вѣка, но эпитиліальныя углубленія заходятъ въ толщу аденоиднаго слоя и отшнуровываются тамъ. Въ связи съ этимъ въ переходной складкѣ образуются кистовидныя расширенія, наполненныя безформеннымъ распадомъ.

Въ окружности этихъ кистъ большею частью замѣчается таже кругоклѣточковая лимфоидная инфильтрація. Между клѣтками эпителія внѣдряются лейкоциты.

Но главнѣйшія измѣненія касаются не эпителія, а глубже лежащихъ слоевъ аденоиднаго и фибрознаго.

Эти измѣненія обнаруживаются, какъ и на нижней переходной складкѣ въ гиперплязіи аденоиднаго слоя,—въ разлитой инфильтраціи ткани лимфоидными круглыми клѣтками и въ образованіи зеренъ. И то и другое, ближе къ переходу конъюнктивы вѣка на bulbus выражено нѣсколько менѣе, а по мѣрѣ прибли-

женія ко хрящевой части постепенно наростаетъ. Аденоидный слой переходной складки, вслѣдствіи гиперплязіи клѣточныхъ элементовъ, утолщенъ. Зерна лежатъ въ немъ или ближе къ эпителію, или заходятъ въ фиброзный слой переходной складки. Процессъ гиперплязіи аденоиднаго слоя преобладаетъ надъ явленіями гиперэміи и воспаленія.

Въ верхней переходной складкѣ конъюнктивы почти никогда не остаются безъ измѣненій и ацинотрубчатыя, или добавочныя слезныя железы (Krause). Пораженіе ихъ при хронической трахомѣ сказывается также рѣзкой гиперплазіей лимфоидныхъ элементовъ,—пропитываніемъ ихъ тѣми же самыми круглыми клѣтками, какъ и въ аденоидномъ слоѣ. Лимфоидная инфильтрація чаще имѣетъ разлитой характеръ по прослойкамъ соединительной ткани железъ (рис. 6), но не рѣдко также и очаговый. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ расположеніе лимфоидныхъ элементовъ вполнѣ напоминаетъ типичное строеніе трахоматознаго зерна со слабо окрашивающимся центромъ (Рис. 5). Этотъ очаговый характеръ скопленія лимфоидныхъ клѣтокъ наиболѣе рѣзко обнаруживается вблизи выводныхъ протоковъ ацино-тубулезныхъ железъ. Въ субъэпителіальной ткани верхней переходной складки встрѣчаются Mastzellen Erhlich'а, въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ большомъ количествѣ и заходятъ до мышечнаго слоя.

3) Въ хрящевой части конъюнктивы и въ хрящѣ вѣкъ.

На препаратахъ, полученныхъ послѣ комбинированной эксцизіи тарзальная часть конъюнктивы въ отношеніи эпителія представляетъ измѣненія, подобныя уже описаннымъ.

Слой субъэпителіальной ткани, какъ и при нормальныхъ условіяхъ здѣсь тоньше и не столь рыхлый, какъ на переходной складкѣ, но представляетъ туже картину гиперплазіи клѣточныхъ элементовъ, пронизывающихъ этой слой въ разлитой формѣ и скопляющихся въ видѣ трахоматозныхъ зеренъ. Поверхность аденоиднаго слоя иногда въ отдѣльныхъ мѣстахъ оказывается обнаженною, или покрыта 1—2 слоями эпителіальныхъ клѣтокъ.

Инфильтрація кругло-клѣточковая не ограничивается лишь аденоиднымъ слоемъ, а проникаетъ и въ самый хрящъ. Въ ткани хряща она выражена не столь рѣзко, какъ въ слоѣ аденоидномъ, благодаря чему граница хряща можетъ быть отличена отъ слоя

субэпителіальной ткани. Принимая однако же въ соображеніе большую плотность соединительно-тканной пластинки, давшей основаніе называть ее хрящемъ и имѣя въ виду препараты нормальнаго хряща, нельзя не признать во многихъ случаяхъ хронической трахомы эту круглоклѣточковую инфильтрацію хрящевой ткани весьма значительной.

Вслѣдствіе плотности хряща, инфильтрирующія клѣтки расположены въ немъ неравномѣрно, какъ въ аденоидномъ слоѣ, а больше по тканевымъ щелямъ и вдоль сосудовъ. Въ иныхъ случаяхъ скопленія лимфоидныхъ тѣлецъ представляются въ видѣ концентрированныхъ очаговъ, какъ бы зачаточныхъ зеренъ. Наконецъ встрѣчаются препараты, представляющіе чрезвычайно высокую степень гиперплязіи и пропитыванія хряща круглыми клѣтками. Въ этихъ случаяхъ волокна хряща расположены менѣе плотно, онѣ раздвинуты и между ними встрѣчаются пустоты.

Тѣмъ же круглоклѣточнымъ инфильтратомъ пропитаны и железы Krause въ хрящѣ. Въ височной и носовой части хряща эти железы развиты обыкновенно болѣе, здѣсь же онѣ и инфильтрируются гуще. Но въ ткани хряща онѣ встрѣчаются иногда между железами Мейбоміевыми, занимая въ нѣкоторыхъ случаяхъ большой участокъ: и здѣсь точно также онѣ пропитываются по прослойкамъ соединительной ткани круглоклѣточковымъ инфильтратомъ въ диффузной формѣ.

Что касается Мейбоміевыхъ железъ, то можно было иногда видѣть образованіе изъ нихъ кистовидныхъ полостей, наполненныхъ однороднымъ безформеннымъ содержимымъ. Воспалительныя явленія въ Мейбоміевыхъ железахъ совершенно не наблюдались, круглоклѣточковая инфильтрація вблизи ихъ была обыкновенно весьма незначительная.

Вмѣстѣ съ хрящемъ и конъюнктивой при комбинированной эксцизіи удалялись иногда немногіе мышечные пучки;—среди нихъ также можно было наблюдать лимфоидную инфильтрацію.

Сосуды хряща въ случаяхъ значительнаго развитія лимфоидной инфильтраціи были въ большемъ количествѣ и расширены.

В. При рубцовой формѣ трахомы въ хрящѣ вѣкъ найдены слѣдующія измѣненія: Во многихъ случаяхъ, особенно въ хрящахъ, вырѣзанныхъ при операціи по Snellen'у по поводу заворота вѣкъ, ткань хряща бѣдна форменными элементами; встрѣчаются волокна, отличающіяся не типичнымъ для хряща вѣкъ расположеніемъ.

Въ добавочныхъ слезныхъ железахъ соединительно тканныя прослойки между железистыми пузырьками утолщены, форменныхъ элементовъ среди соединительныхъ волоконъ мало; при этомъ волокна стекловидно перерождены.

Мейбоміевы железы чаще всего не измѣнены, но иногда изъ нихъ образуются кистовидныя полости, встрѣчаются расширенные выводные протоки; иногда железистые пузырьки, какъ бы сдавлены, неправильной формы.

Въ хрящахъ отъ рубцовыхъ формъ трахомы обращали на себя вниманіе полости, представляющія растянутые лимфатическіе сосуды. Нерѣдко въ ткани хряща обнаруживалось повышенное количество жира, при чемъ въ этихъ случаяхъ волокна хряща были сравнительно тоньше, чѣмъ обыкновенно.

Въ ткани хряща вѣкъ, вылущеннаго по поводу упорнаго pannus'а въ томъ періодѣ трахомы, который можетъ считаться законченнымъ по отношенію къ конъюнктивѣ, замѣчалась иногда рѣзкая лимфоидная круглоклѣточковая инфильтрація. Эластическія волокна въ хрящѣ при рубцовой и хронической трахомѣ воспринимали специфическую окраску не менѣе хорошо, какъ и контрольные препараты нормальнаго хряща вѣкъ, но въ самой конъюнктивѣ упругія волокна окрашивались не столь отчетливо, что, быть можетъ, стоитъ въ нѣкоторой связи съ воспалительными явленіями, сопровождающими гиперплязію аденоиднаго слоя.

При окраскѣ на амилоидное перерожденіе получить положительные результаты мнѣ не удавалось.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не задолго до эксцизіи переходной складки предпринято было выдавливаніе трахоматозныхъ зеренъ, эпителій теряетъ типическое для трахомы строеніе, эпителіальный слой тоньше; наблюдаются гистологически поверхностныя изъявленія, остатки кровоизліяній. Въ подъэпителіальномъ слоѣ круглоклѣточковая инфильтрація пріобрѣтаетъ разлитой характеръ, но въ глубокихъ слояхъ и даже иногда въ поверхностныхъ остаются трахоматозныя зерна.

Главнѣйшія гистологическія измѣненія, найденныя нами сводятся къ слѣдующему:

1. Гиперплязія аденоиднаго слоя конъюнктивы въ связи съ признаками гиперэміи и воспаленія.

2. Пропитываніе хряща лимфоидными клѣтками того же характера, что и въ аденоидномъ слоѣ, въ диффузной формѣ, а ацинотубулезныхъ железъ кромѣ того въ видѣ зеренъ.

3. Развитіе волоконъ соединительной ткани и стекловидное ихъ перерожденіе при рубцовой трахомѣ въ ацино-тубулезныхъ железахъ тамъ, гдѣ въ болѣе раннемъ стадіи трахомы замѣчается круглоклѣточковая инфильтрація.

4. Иногда атрофія волоконъ хряща и проростаніе ткани его жиромъ при рубцовой трахомѣ, когда хрящъ клинически кажется утолщеннымъ (псевдогипертрофія).

5. Расширеніе выводныхъ протоковъ Мейбоміевыхъ железъ и изрѣдка образованіе изъ нихъ кистъ.

6. Расширеніе лимфатическихъ сосудовъ хряща вѣкъ при рубцовой трахомѣ.

Весь гистологическій матеріалъ разсматривался нами съ точки зрѣнія изучаемаго способа хирургическаго леченія трахомы, съ цѣлью выяснить, имѣются ли патолого-анатомическія основы, оправдывающія такое хирургическое вмѣшательство).

Останавливаясь на соотношении между описанными гистологическими измѣненіями въ конъюнктивѣ и хрящѣ вѣкъ и клиническими формами трахомы, отъ которыхъ полученъ матеріалъ для изслѣдованія, необходимо отмѣтить, что первая группа препаратовъ (А) относится къ тѣмъ случаямъ хронической трахомы, гдѣ показуются простая и комбинированная эксцизія переходной складки, а именно,—къ случаямъ тяжелой, запущенной трахомы, безъ успѣха леченной различными медикаментозныии средствами. Клинически въ этихъ случаяхъ, за небольшими исключеніями, была поражена не только переходная складка, а и хрящевая часть конъюнктивы; самый хрящъ, какъ видно изъ приводимыхъ исторій болѣзней, былъ на ощупь утолщенъ. На конъюнктивѣ въ этихъ случаяхъ клинически наблюдались зерна, или чаще разлитая инфильтрація, переходная складка нерѣдко имѣла студенистый видъ; отдѣльные рубцы затушевывались, благодаря общей колоссальной инфильтраціи.

Вторая группа препаратовъ (В.) относится къ тѣмъ случаямъ рубцовой трахомы, которые сопровождались уже заворотомъ вѣкъ или гдѣ процессъ закончился образованіемъ рубцовъ на конъюнктивѣ безъ этого осложненія, но тѣмъ не менѣе клинически наблюдался упорный pannus съ явленіями раздраженія глаза въ

видѣ инъэкціи конъюнктивы, слезотеченія и пр. Здѣсь примѣнялось вылущеніе хряща.

Такимъ образомъ, если сопоставить эти свѣдѣнія съ данными гистологическаго изслѣдованія, то оказывается слѣдующее:

1. При простой эксцизіи нижней переходной складки удаляется участокъ слизистой оболочки, съ значительно гиперплязированнымъ аденоиднымъ слоемъ, съ трахоматозными зернами.

2) Ацино-тубулезныя железы при этой эксцизіи въ нашихъ случаяхъ не захватывались.

3. При простой эксцизіи верхней переходной складки резецируется слизистая оболочка, еще болѣе инфильтрированная лимфоидными элементами, съ бо́льшимъ количествомъ зеренъ.

4. При этой операціи удаляются ацино-тубулезныя железы, въ тяжелыхъ случаяхъ трахомы пропитанныя диффузно или въ очаговой формѣ лимфоидными кругными клѣтками.

5. Втѣстѣ съ этимъ устраняются также тѣ кистовидныя образованія, которыя расположены при этихъ упорныхъ формахъ трахомы въ аденоидномъ слоѣ конъюнктивы.

6. Подобнымъ же образомъ измѣненная конъюнктива вырѣзывается и при комбинированной эксцизіи.

7. При этой послѣдней операціи кромѣ того—хрящъ, въ которомъ наблюдается:

a) круглоклѣточковая инфильтрація между волокнами,

b) инфильтрація ацино-тубулезныхъ железъ и

c) иногда кистовидно измѣненныя Мейбоміевы железы.

8. При операціи вылущенія хряща удаляется ткань въ различныхъ случаяхъ неодинаково измѣненная:

a) то хрящъ инфильтрированъ круглыми лимфоидными клѣтками, хотя уже образовались рубцы на конъюнктивѣ;

b) то волокна его атрофированы и въ немъ появляется жировая ткань;

c) въ нѣкоторыхъ случаяхъ вмѣстѣ съ хрящемъ изсѣкаются кистовидно измѣненныя Мейбоміевы железы, а также ацино-тубулезныя, характеризующіяся развитіемъ соединительной ткани, со стекловиднымъ перерожденіемъ волоконъ.

d) Иногда вылущается хрящъ, отличающійся обиліемъ лимфатическихъ полостей, свидѣтельствующихъ, быть можетъ, о затрудненномъ лимфообращеніи.

9. При операцiи выдавливанiя трахоматозныхъ зеренъ разминаются и раздавливаются зерна поверхностно расположенныя; тѣже трахоматозныя зерна, которыя помѣщаются въ глубокихъ частяхъ аденоиднаго слоя, этой операцiей не устраняются.

10. Между волокнами Мюллеровской мышцы въ случаяхъ, клинически выражавшихся блефароспазмомъ и небольшимъ опущенiемъ верхняго вѣка, при гистологическомъ изслѣдованiи, обнаруживается круглоклѣточковая инфильтрацiя.

V.

Экспериментальная часть.

1. Цѣль экспериментальнаго изслѣдованія.

Оперируя на переходной складкѣ и хрящѣ вѣкъ при трахомѣ, мы наблюдали, въ качествѣ осложненій, только поверхностные инфильтраты и изъязвленія роговой оболочки въ ближайшемъ послѣоперaціонномъ періодѣ,—и то лишь большею частью въ первыхъ нашихъ случаяхъ, при недостаточно выработанной техникѣ этой операціи. Въ послѣдующемъ теченіи мы видѣли изрѣдка образованіе грануляцій, въ случаѣ расхожденія краевъ раны, появленіе небольшихъ конъюнктивальныхъ перемычекъ и намеки на скоро преходящее незначительное опущеніе верхняго вѣка. Но намъ ни разу не пришлось имѣть дѣла съ другими, болѣе опасными и серьозными осложненіями (entropion, ectropion, lagophtalmus, symblepharon съ ихъ послѣдствіями), которые дали основаніе нѣкоторымъ авторамъ высказываться очень рѣзко противъ оперативныхъ способовъ леченія трахомы.

Невольно напрашивался вопросъ, чѣмъ объяснить такіе печальные исходы оперативнаго леченія трахомы, наблюдавшіеся нѣкоторыми, хотя и немногими, врачами. Очевиднымъ казалось, что если эти осложненія возможны на трахоматозныхъ глазахъ, то тѣмъ легче ихъ получить на здоровыхъ глазахъ животныхъ, производя эксцизію слизистой оболочки въ тѣхъ же, или нѣсколько болѣе широкихъ границахъ, какъ и у трахомныхъ больныхъ.

Съ другой стороны, многіе врачи, производя эксцизію переходной складки безъ наложенія швовъ на рану, получали хорошій результатъ и все отличіе отъ оперированія по болѣе сложному способу со швами заключалось только въ томъ, что затягивался срокъ заживленія послѣ операціи; въ конечномъ же исходѣ не получалось такихъ рубцовъ, которые стягивали бы конъюнктивальный мѣшокъ, или раздражали бы роговицу.

Возникалъ поэтому вопросъ, всегда ли заживаютъ конъюнктивальныя раны рубцомъ, или иногда какимъ либо инымъ образомъ.

Къ тому же, первые пробные опыты наши на глазахъ животныхъ показали намъ, что раны конъюнктивы, не будучи соединены швами, заживаютъ настолько совершенно, что потомъ обнаружить мѣсто раненія не удается.

Такимъ образомъ, воспроизводя эксцизію конъюнктивы и хряща вѣкъ на здоровыхъ глазахъ животныхъ мы могли бы до нѣкоторой степени убѣдиться въ томъ, насколько возможны, и не преувеличены ли опасныя осложненія отъ подобной же операціи у трахоматозныхъ больныхъ и 2) могли изучить способъ заживленія конъюнктивальныхъ ранъ.

Къ этому нужно добавить, что въ громадной литературѣ о заживленіи ранъ вообще (F. Marchand)[123]) и на различныхъ оболочкахъ глаза (Lubinsky A., Stoewer, Тепляшинъ, Кадинскій и др.) въ частности (сѣтчатая, сосудистая, склера, роговая) намъ не удалось найти прямыхъ литературныхъ указаній на ходъ заживленія ранъ конъюнктивы; только E. Fuchs[82]) говоритъ по этому поводу въ своемъ учебникѣ, что раны конъюнктивы, послѣ операцій и др. причинъ,—заживаютъ подобно тому, какъ и на другихъ слизистыхъ оболочкахъ,—раны покрываются перепонкою изъ свернувшагося фибрина, подъ которымъ и происходитъ ихъ заживленіе.

2. Постановка опытовъ.

Одна часть нашихъ опытовъ произведена на глазахъ кроликовъ, другая на глазахъ собакъ.

На глазахъ кроликовъ мы производили раны путемъ резекціи конъюнктивы bulbi, большею частью въ области прикрѣпленія верхней прямой мышцы; конъюнктива отрѣзалась при помощи ножницъ и пинцета, или предварительно острымъ ножемъ Грефэ намѣчался участокъ ея подлежащій удаленію.

На глазахъ кроликовъ кромѣ того производилась простая эксцизія верхней переходной складки; для производства же операціи комбинированной эксцизіи мы пользовались глазами собакъ, такъ какъ у кроликовъ хрящъ вѣкъ слишкомъ нѣженъ и настолько трудно отличимъ, что по мнѣнію W. Krause[124]) вѣко кролика не содержитъ никакой хрящевой ткани.

Простая и комбинированная эксцизіи производились двояко: въ однихъ случаяхъ переходная складка захватывалась съ на-

ружнаго угла вѣкъ зубчатымъ пинцетомъ и отрѣзалась ножницами одна, или съ частью хряща. Въ другихъ случаяхъ примѣнялись по возможности тѣ же техническія подробности производства этихъ операцій, какъ на глазахъ трахоматозныхъ больныхъ. Въ этихъ случаяхъ вѣко съ переходной складкой вывертывалось двумя пинцетами Blomer'a; двумя разрѣзами скальпеля обозначался участокъ удаляемой переходной складки одной, или съ хрящемъ и отпрепаровывался отъ мышцы.

На кроликахъ операціи производились при мѣстной анэстезіи, подъ кокаиномъ; на собакахъ большею частью приходилось примѣнять общій наркозъ и только иногда на спокойныхъ животныхъ можно было оперировать послѣ инъэкціи 2% раствора подъ конъюнктиву переходной складки.

Раны конъюнктивы bulbi швами не соединялись. Послѣ эксцизіи верхней переходной складки раны зашиты были въ 5-ти случаяхъ и оставлены безъ швовъ въ 24-хъ.

Оперировано было у 8 ми кроликовъ и 7-ми собакъ—29 глазъ (16 у кроликовъ и 13 у собакъ).

Резекція конъюнктивы bulbi произведена на кроликахъ	9 разъ.
Простая эксцизія верхней переходной складки на кроликахъ	7 разъ.
на собакахъ	6 разъ.
Комбинированная эксцизія (на собакахъ)	7 разъ.
Всего . .	29.

Величину ранъ конъюнктивы bulbi можно было измѣрить болѣе или менѣе точно; размѣры же ранъ переходной складки, въ особенности ихъ ширину, въ виду положенія ихъ въ глубинѣ свода, въ виду складокъ конъюнктивы, опредѣлить точно было невозможно.

Размѣры ранъ конъюнктивы bulbi колебались отъ 5—15 mm. въ длину и отъ 1—5 mm. въ ширину; раны переходной складки въ среднемъ и приблизительно отъ 10—12 mm. въ длину и отъ 2 хъ до 6mm. въ поперечникѣ.

Изъ осложненій наблюдался 1) 1 разъ поверхностный инфильтратъ роговой оболочки, перешедшій въ язву, 2) со стороны конъюнктивы незначительныя перемычки въ области свода и 3) одинъ разъ нѣкоторое отстояніе (но не ectropion) рѣснична-

го края верхняго вѣка отъ bulbus'а. Движенія глазного яблока, положеніе вѣкъ—во всѣхъ случаяхъ оставались ненарушенными.

Продолжительность наблюденія надъ заживленіемъ ранъ и послѣдстіями эксцизіи въ отношеніи положенія вѣкъ была различна, а именно сроки наблюденія были слѣдующіе: 1 сутки, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 25 и 44.

Смотря по размѣрамъ раны, заживленіе происходило быстрѣе, или медленнѣе; въ этомъ отношеніи имѣло нѣкоторое значеніе и мѣстоположеніе ранъ: раны конъюнктивы bulbi заживали нѣсколько медленнѣе, чѣмъ раны верхней переходной складки тѣхъ же или даже большихъ размѣровъ.

Въ среднемъ раны конъюнктивы bulbi, размѣрами отъ 1—4 mm. въ поперечникѣ требовали для заживленія около 11 дней; раны тѣхъ же, или даже большихъ размѣровъ на переходной складкѣ заживали въ среднемъ въ 9 дней Раны обыкновенно не лѣчились, предоставляясь ихъ естественному теченію и исходу; лишь въ случаѣ поверхностнаго инфильтрата и изъявленія роговой оболочки впускались въ глазъ—кокаинъ, атропинъ и ксероформенная мазь.

М а к р о с к о п и ч е с к і я и з м ѣ н е н і я при заживленіи ранъ, края которыхъ оставались несоединенными, обычно состояли въ слѣдующемъ:

Зіяніе раны въ первый моментъ послѣ вырѣзыванія слизистой оболочки, благодаря эластичности конъюнктивы, было значительное, превышая вдвое, или болѣе резецируемой участокъ; кровотеченіе же обыкновенно—небольшое и быстро останавливалось. Черезъ сутки—края, дно и окружность раны были гиперэмированы; конъюнктива глазного яблока иногда немного отекала; въ углу вѣкъ появлялось выдѣленіе небольшого количества слизи изъ конъюнктивальнаго мѣшка. На 2—3-й день—на днѣ, или по краямъ раны замѣтно было сѣровато-бѣлаго цвѣта раневое отдѣляемое.

Инъэкція сосудовъ конъюнктивы увеличивалась; конъюнктива оставалась отечною. На 4-й день отекъ конъюнктивы bulbi уменьшался, или исчезалъ совсѣмъ. На ранѣ, въ особенности у краевъ ея держалось раневое отдѣляемое. На 5-й или 6-й день иногда можно было замѣтить развитіе легкихъ грануляцій въ ранѣ, иногда макроскопически ихъ не было замѣтно.

Далѣе рана начинала уменьшаться въ своихъ размѣрахъ, также какъ инъэкція конъюнктивы и грануляціонные узелки, если

они были замѣтны. Дно раны очищалось, становилось блестящимъ и на 9—10 день, иногда раньше, смотря по размѣрамъ и мѣстоположенію раны, иногда позже, рана заживала. На мѣстѣ эксцизіи замѣтенъ былъ вначалѣ инъэцированный рубецъ; постепенно онъ блѣднѣлъ и уменьшался. Черезъ 18—20 дней, послѣ небольшой резекціи конъюнктивы глазного яблока, рубецъ невозможно было замѣтить; послѣ простой или комбинированной эксцизіи переходной складки онъ былъ замѣтенъ въ видѣ узкой блѣдноватой линейной полоски, а вблизи его иногда наблюдались конъюнктивальныя перемычки къ глазному яблоку.

Раны, соединенныя швами, за исключеніемъ одного случая, осложнившагося нагноеніемъ, заживали первичнымъ натяженіемъ при явленіяхъ небольшой конъюнктивальной инъэкціи. На 3-й день швы обыкновенно удалялись.

По истеченіи того, или иного срока глаза оперированныхъ животныхъ энуклеировались; вѣки съ частью роговой оболочки и склеры, покрытой конъюнктивой, фиксировались въ 4% формалинѣ, или въ другихъ жидкостяхъ (Мюллера, Флемминга), заключались обычнымъ образомъ въ целлоидинъ и изслѣдовались гистологически.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ранъ и рубцовъ различныхъ сроковъ, измѣненія въ ткани конъюнктивы найдены были слѣдующія.

Двухдневная рана конъюнктивы представляла поверхность, покрытую сгусткомъ, состоящимъ изъ фибринозныхъ волоконъ и клѣточнаго распада, слабо воспринимающаго окраску. Подъ этимъ сгусткомъ расположена сѣть не столь густо лежащихъ фибринозныхъ волоконъ, пронизанныхъ бѣлыми одноядерными и многоядерными тѣльцами; среди нихъ много также и красныхъ кровяныхъ шариковъ, которые встрѣчаются иногда группами. Структура мышечныхъ волоконъ въ основаніи раны отличается неясностью; по мѣстамъ соединительно-тканныя волокна конъюнктивы плохо красятся и контуры ихъ не ясны, смыты, другіе волокна набухли между ними пустые промежутки. Сосуды конъюнктивы въ окружности раны расширены, иногда выполнены красными кровяными шариками; въ иныхъ сосудахъ подлѣ стѣнокъ и въ окружности сосудовъ—лейкоциты.

На четвертые сутки вся поверхность раны по прежнему покрыта сгусткомъ, состоящимъ изъ фибринозныхъ волоконъ и бѣ-

лыхъ тѣлецъ, между которыми преобладаютъ много-ядерные лейкоциты. Слѣдовъ отека почти нѣтъ,—волокна и клѣтки лежатъ болѣе тѣсно. Подъ слоемъ бѣлыхъ тѣлецъ появляются соединительно-тканныя клѣтки, представляющія фигуры дѣленія ядеръ. Среди этихъ клѣтокъ и особенно въ основаніи раны находится цѣлый рядъ капиллярныхъ сосудовъ. Сосуды по краямъ раны и въ глубинѣ среди мышечныхъ пучковъ расширены и окружены бѣлыми тѣльцами. Нѣкоторые поверхностные мышечные пучки имѣютъ еще гомогенный видъ и по окружности инфильтрированы бѣлыми тѣльцами. Клѣтки эпителія кое-гдѣ увеличены, въ иныхъ изъ нихъ вакуоли, но эпителій уже нѣсколько наслаивается на рану.

Къ 6—7-му дню, или позже, смотря по размѣрамъ раны, эпителій распространяется на всю ея поверхность, но теряетъ типическое съ окружающимъ строеніе, становится многослойнымъ; между эпителіальными клѣтками внѣдряются иногда лейкоциты. Подъ эпителіемъ волоконъ еще мало, преобладаютъ соединительно-тканныя клѣтки, съ отростками и вытянутыми въ длину ядрами. Молодая новообразованная ткань пронизана капиллярными сосудами. Мѣсто раненія въ это время иногда въ видѣ углубленія, такъ какъ конъюнктива образуетъ съ боковъ его складки. Въ основаніи рубца имѣются воспалительныя явленія,—сосуды расширены, мышца инфильтрирована бѣлыми тѣльцами.

При большихъ ранахъ заживленіе затягивалось: на днѣ ихъ появлялись типичныя грануляціи, которыя къ 11—12 дню пышно разрастались. Подъ микроскопомъ въ этихъ случаяхъ оказывалась грануляціонная ткань богатая сосудами; эпителій на краяхъ утолщенъ; въ сосѣдней ткани воспалительная инфильтрація. На рубцѣ 14-ти суточной давности эпителій образовывалъ большіе выступы, сравнительно съ окружающими частями. Молодая рубцовая ткань замѣтно выдѣлялась по интенсивной окраскѣ и по большему количеству сосудовъ. Въ глубокихъ слояхъ конъюнктивы и въ мышцѣ все еще держалась мелкоклѣточная инфильтрація. Рубецъ въ основаніи былъ нѣсколько шире, къ поверхности же съуживался и конъюнктива образовала вблизи его складку.

Позднѣе, къ 20—21-му дню рубецъ состоялъ изъ плотныхъ соединительно—тканныхъ волоконъ, принимавшихъ расположеніе подобное волокнамъ конъюнктивы; ядра и волокнистая ткань рубца еще интенсивно окрашивались; эпителій въ области рубца

былъ утолщенъ. Въ ткани рубца обнаруживались свѣжія кровоизліянія, появлявшіяся при хлороформированіи животнаго для экуклеаціи.

Въ періодъ еще болѣе поздній, черезъ 44 дня послѣ раненія рубецъ на столько видоизмѣнялся, что съ трудомъ можно было его распознать по нѣсколько болѣе тѣсно расположеннымъ волокнамъ соединительной ткани; вблизи его конъюнктива собиралась въ складки и все вѣко, сравнительно съ нормальнымъ, было укорочено. Рубцовая ткань была бѣдна сосудами.

Изложенныя гистологическія измѣненія при заживленіи ранъ были одинаковы, какъ послѣ простой эксцизіи конъюнктивы, такъ и послѣ удаленія нѣкоторой части хрящевой ткани.

Въ томъ случаѣ, когда эксцизія конъюнктивы сопровождалась сшиваніемъ раны, при вылущеніи глаза въ первые дни послѣ раненія требуется большая осторожность, такъ какъ края раны могутъ разойтись—то при хлороформированіи, то при экуклеаціи. На такихъ препаратахъ 4-хъ суточной давности мѣсто раненія представляется въ видѣ углубленія; его закрываетъ, надвигаясь съ краевъ неправильными рядами, эпителій; въ глубинѣ находятся остатки фибринизныхъ волоконъ, а по окружности небольшія явленія воспаленія. Въ болѣе поздніе сроки обнаружить мѣсто раненія, зажившее первымъ натяженіемъ чрезвычайно трудно, а послѣ поверхностныхъ раненій конъюнктивы bulbi прямо невозможно.

Изложенные опыты и микроскопическія изслѣдованія позволяютъ намъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Эксцизія переходной складки, простая или комбинированная и умѣренныхъ размѣровъ эксцизія конъюнктивы bulbi на здоровыхъ глазахъ животныхъ не приводятъ къ осложненіямъ со стороны подвижности вѣкъ и глазного яблока.

2. Этихъ осложненій не получается при оперированіи, какъ по старому способу (безъ швовъ), такъ и при условіи наложенія швовъ на рану.

3. На глазахъ животныхъ послѣ этихъ операцій наблюдаются иногда инфильтраты роговой оболочки, грануляціи и небольшія конъюнктивальныя перемычки.

4. Операція эксцизіи слизистой оболочки съ наложеніемъ швовъ протекаетъ при незначительной реакціи со стороны глаза и оканчивается заживленіемъ въ 3—4 дня.

5. Раны конъюнктивы излечиваются по общимъ законамъ заживленія ихъ на тканяхъ сосудистыхъ:

а) первичнымъ соединеніемъ при наложеніи швовъ на рану и

б) черезъ образованіе грануляціонной ткани, если рана не зашивалась.

3. Протоколы опытовъ на животныхъ.

1) Опыты на глазахъ кроликовъ.

№ 1. 26 февр. 1907 г.

О с. d. Надъ верхней прямой мышцей резецированъ участокъ конъюнктивы глазного яблока около 2½ mm. шириною. Рана разошлась на 4 mm. по ширинѣ; длина ея 55 mm.; выдѣлилось нѣсколько капель крови.

27. Края и дно раны гиперэмированы; слизистое отдѣляемое изъ конъюнктивальнаго мѣшка. Конъюнктива bulbi немного отечна.

1 марта. Отекъ конъюнктивы меньше. Дно раны покрыто слизистымъ отдѣляемымъ.

4 марта. Сосудовъ въ области раны больше.

О с. s. 5 марта. На конъюнктивѣ bulbi лѣваго глаза сдѣланъ линейный разрѣзъ ножемъ Грефэ въ 7 mm. длиною; образовалась рана въ 1 mm. шириною.

6 марта Ос. d. Раневое отдѣляемое въ незначительномъ количествѣ въ видѣ сѣроватаго налета на днѣ раны.

Ос. s. Небольшая инъэкція сосудовъ вблизи раны.

9 марта. Ос. d. Края раны спаяны съ мышцей, которая еще обнажена; на ней раневое отдѣляемое.

Ос. s. Сосудовъ вблизи раны больше.

11 марта О с. d. Участокъ непокрытой мышцы значительно меньше.

Ос. s. На мѣстѣ раненія—углубленіе слегка инъэцированное.

13. Полное заживленіе на обоихъ.

23. Мѣсто раненія замѣтить нельзя.

Энуклеація.

№ 2. 8 сент. 1907 г.

О с. d. Въ области верхней прямой мышцы удаленъ кусокъ конъюнктивы bulbi до 2 mm. шириною; края конъюнктивы послѣ разрѣза разошлись и образовалась рана до 4 mm. шириною и до 7 mm. по длинѣ.

О с. s. Удалена верхняя переходная складка; размѣры резецированнаго куска слизистой 15×2 mm. Кровотеченіе незначительное.

9 сентября. Конъюнктива bulbi обоихъ глазъ немного отечна.

12 сентября. Ос. d. Слизистое раневое отдѣляемое; отека конъюнктивы нѣтъ.

Ос. s. Края раны бѣловатаго цвѣта; дно раны гиперэмировано

14 марта. Ос. s. На днѣ раны мелкія грануляціи.

19 марта. Ос. d. Рана значительно сократилась; на днѣ ея грануляціонный узелокъ.

Ос. s. Грануляціи меньше.

23 сентября. Ос. d. Мѣсто раненія замѣтно по остаткамъ грануляцій.

Ос. s. грануляцій нѣтъ.

25. Ос. д. Мѣсто резекціи можно узнать только по небольшой инъэкціи ткани, совершенно подобной конъюнктивѣ.

Ос. s. Полное заживленіе; особаго укороченія конъюнктивальнаго мѣшка нѣтъ.

30 Ос. s Мѣсто резекціи распознать при осмотрѣ не удается.

Ос. s. Мѣсто резекціи переходной складки замѣтно по небольшимъ перемычкамъ при растягиваніи конъюнктивальнаго мѣшка. Положеніе вѣкъ правильное.

Энуклеація.

№ 3. 13 сент. 1907 г.

О с. d. Удалена верхняя переходная складка, шириною въ 10 mm.; края раны соединены швами.

О с. s. Резекція конъюнктивы bulbi въ 2 mm. по ширинѣ и 5 mm. по длинѣ надъ верхней прямой мышцей.

14 сент. Ос. d. Рана спаяна. Небольшая конъюнктивальная инъэкція.

Ос. s. На днѣ раны слизь. Конъюнктива отечна.

15 Ос. d. Сняты швы. Рана спаяна.

Ос. s. Мышца на днѣ раны очень инъецирована.

23. Ос. s. Размѣры раны значительно сократились; на днѣ ея грануляціонный узелокъ.

25. Грануляціонный узелъ меньше.

29. Ос. s. Полное заживленіе раны.

Положеніе вѣкъ и подвижность глазного яблока не нарушены. 30 сент. Энуклеація.

№ 4. 10 окт. 1907 г.

O c. d. Резецированъ кусокъ конъюнктивы bulbi кнутри отъ верхней прямой мышцы въ 5×4 mm.

O c. s. Удалена верхняя переходная складка въ 15 mm. длиною и въ $4^1/_2$ mm. шириною. Швы не накладывались. Кровотеченіе небольшое.

2 окт. Конъюнктива bulbi об. глазъ отечна, гиперэмирована; слезотеченіе и слизистое въ небольшомъ количествѣ отдѣляемое изъ конъюнктивальнаго мѣшка.

4 окт. Отека конъюнктивы нѣтъ. Раны покрыты по краямъ сѣроватой слизью.

5 окт. Раны становятся меньше. Конъюнктивальная инъэкція умѣренная.

8 окт. Oc. s. Поверхность раны не совсѣмъ ровна (грануляціи).

11 окт. Oc. d. На мѣстѣ резекціи сосуды нѣсколько расширены.

Oc. s. Верхній сводъ выраженъ меньше, чѣмъ на правомъ; рѣсничный край вѣка нѣсколько отстоитъ отъ bulbus'a. Мѣсто резекціи слегка гиперэмировано.

Энуклеація.

№ 5. 1 окт. 1907 г.

O c. d. Послѣ инъэкціи $2^0/_0$ раствора кокаина удалена верхняя переходная складка (16×7 mm.). Края раны соединены 3-мя швами, коротко обрѣзанными.

O c. s. Резецированъ кусокъ конъюнктивы bulbi въ 2 mm; ширина раны до 4 mm

3 окт. Oc. d. Поверхностный ограниченный инфильтратъ роговой оболочки. Швы сняты.

Oc. s. Конъюнктива bulbi инъэцирована.

5 окт. Oc. d. Поверхностная язва роговой оболочки, края язвы инфильтрованы; нагноеніе въ краяхъ раны. Cocain. Atropin. Ung. xeroformii.

10 окт. Oc. d. Язва рогов. об. очистилась.

Oc. s. На днѣ раны грануляціи.

11 окт. Положеніе вѣкъ и движенія глазного яблока не нарушены.

Энуклеація.

№ 6. 20 окт. 1907 г

Ос. d. Резекція конъюнктивы глазного яблока надъ верхней прямой мышцей. Размѣры раны 8×5 mm.

Ос. s. Эксцизія переходной складки во всю длину.

21. Отекъ конъюнктивы bulbi об. глазъ незначительный; на днѣ раны сосуды расширены.

23. Отекъ конъюнктивы меньше; на днѣ раны обоихъ глазахъ въ незначительномъ количествѣ слизистое отдѣляемое.

24 окт. Энуклеація.

№ 7. 10. ноября 1907 г.

Ос. s. Резекція конъюнктивы bulbi надъ верхней прямой мышцей. Размѣры раны 10×4 mm.

11 ноября. Мышца на днѣ раны отечна, сосуды расширены.

12 ноября. Ос. s. Конъюнктива bulbi отечна.

Ос d. Эксцизія верхней переходной складки; длина раны около 1 сант, ширина до 3 mm.

13 ноября. Ос. d. Отечность конъюнктивы меньше. Раневое отдѣляемое по краямъ раны.

Ос s. Дно раны покрыто отдѣляемымъ.

15. Ос. d. Особой реакціи незамѣтно; дно раны чисто.

Ос. s. Рана уменьшается въ размѣрахъ; инъэкція конъюнктивы значительная.

18 ноября. Ос. d. Края и дно раны ровны, блестящи, окружность гиперэмирована.

Ос. s. На мѣстѣ раненія углубленіе съ блестящимъ дномъ, гиперэмированное.

Энуклеація.

№ 8. 4 декабря 1907 г.

Ос. s. Резекція конъюнктивы bulbi надъ верхней прямой мышцей около 9×4 mm.

5 декабря. Конъюнктива отечна, дно раны гиперэмировано.

12 декабря. Раневое отдѣляемое по краямъ и на днѣ раны.

16 декабря. Рана значительно меньше.

19. Мѣсто раненія покрыто подобной конъюнктивѣ тканью.

21. Ос. s. На мѣстѣ резекціи небольшая складка конъюнктивы гиперэмированная.

Ос. d. Эксцизія верхней переходной складки въ 3 mm. шириною.

23 декабря. Ос. d. Рана покрыта по краямъ сѣроватымъ отдѣляемымъ.

Ос. s. Мѣсто резекціи гиперэмировано.

Энуклеація.

2) Опыты на глазахъ собакъ.

№ 9. 2 марта 1908 г.

Эфирный наркозъ.

Ос. d. Простая эксцизія верхней переходной складки (безъ швовъ).

Ос. s. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки (безъ швовъ).

Размѣры удаленнаго куска переходной складки 2—3 mm. по ширинѣ.

3 марта. Особыхъ явленій раздраженія со стороны глазъ нѣтъ; раны чисты; весьма незначительная отечность конъюнктивы.

4. Болѣе замѣтна инъэкція конъюнктивы; раневое отдѣляемое въ незначительномъ количествѣ.

10 марта. Заживленіе. На мѣстѣ эксцизіи рубцы, замѣтные по расширенію сосудовъ.

16 марта. Положеніе вѣкъ обоихъ глазъ правильное.

Ос. d. Рубецъ немного замѣтенъ.

Ос. s. Въ срединѣ рубца конъюнктива bulbi переходитъ безъ свода на вѣко, а съ боковъ сложена въ складки.

Энуклеація.

№ 10. 5 апр. 1908 г.

Эфирный наркозъ.

Ос. d. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки, безъ наложенія швовъ.

Ос. s. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки. Края раны соединены швами. Ширина удаленнаго куска слизистой оболочки 2—3 mm.

6 апрѣля. Ос. d. Слизистое отдѣляемое. Небольшая инъэкція конъюнктивы.

Ос. s. Рана склеена.

7 апрѣля. Ос. d. Рана чиста; конъюнктива нѣсколько отечна.

Ос. s. Сняты швы.

8 апрѣля. Ос. d. Рана покрыта слизистымъ отдѣляемымъ.

Oc. s Рана въ наружной части спаяна, кнутри немного разошлась.

9 апрѣля. Энуклеація.

№ 11. 14 августа 1908 г.

Эфирный наркозъ.

Oc. d. Простая эксцизія верхней переходной складки, безъ наложенія швовъ. Ширина раны 4—5 mm., длина до 10 mm. Кровотеченіе незначительное и быстро остановилось.

Oc. s. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки (11 mm. по длинѣ, 5 mm. шириною). Наложено 2 шва изъ чернаго шелку.

16 августа. Oc. d. Инъэкція конъюнктивы bulbi и вѣка въ окружности раны; слизистое отдѣляемое.

Oc. s. Небольшая конъюнктивальная инъэкція.

17. Oc. s. Сняты швы; спаяніе первымъ нятяженіемъ.

20. Oc. d. Дно раны неровно, но блестяще.

22. Oc. d. На мѣстѣ эксцизіи переходной складки гиперэмированный рубецъ.

Oc. s. Линейный ровный рубецъ въ области переходной складки.

26 сентября. Oc. d. Никакихъ явленій раздраженія; рубецъ гиперэмированъ; имѣется небольшой верхній сводъ конъюнктивальнаго мѣшка.

Oc. s. Линейный рубецъ—трудно замѣтный въ лупу; незначительныя перемычки съ конъюнктивы bulbi къ вѣку; свода нѣтъ.

Положеніе вѣкъ правильное.

Энуклеація.

№ 12. 14 августа 1908 г.

Эфирный наркозъ.

O c. s. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки; нижній разрѣзъ на 1—1,5 mm. отъ рѣсничнаго края вѣка. Наложено 2 шва.

15 августа. Рана склеена, инъэцирована по окружности.

16. Сняты швы. Глазъ раздраженъ мало.

18. O c. d. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки подъ кокаиномъ (подъконъюнктивальная инъэкція).

Размѣры удаленнаго куска 1,5 mm. по ширинѣ. Безъ швовъ.

19. Края раны, благодаря конъюнктивальнымъ складкамъ, прилежатъ близко, почти до соприкосновенія.

21. Ос. d. Дно раны начинаетъ блестѣть, края ея низки. Конъюнктивальная инъэкція небольшая.

Ос. s. Мѣсто эксцизіи замѣтно по выступающему нѣсколько подъ конъюнктивой краю хряща и по небольшимъ конъюнктивальнымъ перемычкамъ.

25 августа. Ос. d. Въ области переходной складки рубчикъ, съ небольшими конъюнктивальными перемычками при поворотахъ глаза.

Ос. s. Рубецъ замѣтенъ въ лупу и по инъэкціи сосудовъ.

Энуклеація.

№ 13. 16 августа 1908 г.

Эфирный наркозъ.

О с. s. Простая эксцизія верхней переходной складки, безъ наложенія швовъ.

Размѣры раны до 2 mm. въ поперечникѣ.

17 августа. По краямъ раны сѣроватаго цвѣта отдѣляемое.

18. О с. d. Подъ эфирнымъ наркозомъ простая эксцизія верхней переходной складки праваго глаза. Размѣры удаленнаго куска $10 \times 2^1/_2$ mm.

19. Ос. d. Рана по переходной складкѣ съ гиперэмированнымъ дномъ и отечными краями.

Ос. s. Дно раны покрыто небольшимъ количествомъ слизи. Инъэкція конъюнктивы.

Энуклеація.

№ 14. 16 августа 1908 г.

О с. s. Комбинированная эксцизія верхней переходной складки во всю длину и въ 3 mm. шириною; безъ швовъ.

17. Конъюнктива bulbi отечна; сильное слезотеченіе; рана занимаетъ область переходной складки и частью конъюнктиву глазного яблока. Гиперэмія сосудовъ.

19. Слизистое отдѣляемое; слезотеченіе меньше.

21. Дно раны блеститъ; края ея стали ниже.

25. При разсматриваніи въ лупу на днѣ раны замѣтна шероховатость (грануляціи?).

О с. d. Простая эксцизія верхней переходной складки; безъ швовъ.

27. Ос. s. Полное заживленіе; рубецъ мало замѣтенъ при переходѣ на хрящевую часть вѣка.

Ос. d. Конъюнктива bulbi еще отечна.

2 сентября. Ос. d. На мѣстѣ эксцизіи свѣжій инъэцированный рубецъ.

6 сентября. Движенія вѣкъ и глазного яблока правильныя. Около рубцовъ небольшія складки конъюнктивы.

Энуклеація.

№ 15. 21 октября 1908 г.

Ос. s. Эксцизія верхней переходной складки подъ кокаиномъ. Размѣры раны до 8 mm. въ поперечникѣ, къ угламъ вѣкъ значительно уже.

22. Конъюнктива bulbi немного отечна, дно и края раны гиперэмированы, чисты; во внутреннемъ углу вѣкъ немного слизи.

23 октября. Инъэкція и отечность конъюнктивы больше. Края раны покрыты раневымъ отдѣляемымъ.

24 октября. Энуклеація.

ВЫВОДЫ.

Изложенныя наблюденія позволяютъ намъ сдѣлать слѣдующіе выводы по поводу хирургическаго леченія трахомы:

1. Оперативное леченіе показуется для случаевъ тяжелой трахомы; въ особенности оно примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ были испытаны обычные способы лѣкарственнаго и механическаго леченія безъ удовлетворительныхъ результатовъ.

Въ частности отдѣльные виды операцій показаны при слѣдующихъ формахъ трахомы:

2. Простая эксцизія—при гипертрофированной нижней переходной складкѣ и при распространенной инфильтраціи верхней, когда хрящевая часть конъюнктивы измѣнена мало.

Комбинированная эксцизія—въ тѣхъ случаяхъ, если и хрящевая часть инфильтрирована, хрящъ утолщенъ на ощупь.

Вылущеніе хряща—при рубцовой трахомѣ съ искривленнымъ или утолщеннымъ хрящемъ и паннознымъ помутнѣніемъ роговой оболочки.

3. Вырѣзываніе нижней переходной складки само по себѣ недостаточно для излеченія трахомы, но благопріятно вліяетъ на теченіе ея въ связи съ послѣдующимъ медикаментознымъ леченіемъ.

4. Эксцизія верхнихъ переходныхъ складокъ, простая и комбинированная:

а) ускоряетъ и даетъ стойкое улучшеніе и даже излеченіе трахоматознаго процесса;

б) содѣйствуетъ уменьшенію и устраненію pannus'а вѣрнѣе и скорѣе, чѣмъ лѣкарственныя и механическія средства;

в) ведетъ къ повышенію остроты зрѣнія.

5. Вылущеніе хряща устраняетъ упорный pannus.

6. Всѣ эти операціи, произведенныя lege artis., не вызываютъ неправильностей въ положеніи вѣкъ, ограниченности въ движеніяхъ глазного яблока и не ведутъ къ сухости слизистой и роговой оболочекъ.

7. Послѣ эксцизіи верхней переходной складки, простой и комбинированной, получается нѣкоторое укороченіе верхней части конъюнктивальнаго мѣшка. Это укороченіе гораздо меньше по

сравненію съ величиной удаляемаго куска слизистой оболочки, вслѣдствіе упругости конъюнктивы, и не ведетъ къ ограниченію подвижности глазного яблока.

8. Простая и комбинированная эксцизія верхней переходной складки и вылущеніе хряща вѣкъ могутъ вызвать ограниченный поверхностный кератитъ. Этотъ послѣдній при паннозной роговой оболочкѣ протекаетъ большею частью безъ вреда для ея прозрачности.

Подобное осложненіе предупреждается—а) примѣненіемъ для зашиванія мягкаго чернаго шелку; б) возможно раннимъ снятіемъ швовъ и в) наложеніемъ повязки на оба глаза.

9. Благопріятное дѣйствіе хирургическаго леченія трахомы въ основѣ своей имѣетъ нѣсколько причинныхъ моментовъ, которые однако не поддаются точному опредѣленію и только отчасти основываются на нѣкоторыхъ положительныхъ данныхъ клиническаго и гистологическаго изслѣдованія:

а) Имѣетъ несомнѣнно большое значеніе то обстоятельство, что операціей удаляется, если не вся, то главная часть конъюнктивы и хряща, наиболѣе расположенная къ заболѣванію трахомой и замѣняется конъюнктивой bulbi, рѣже или вовсе не поражаемой трахоматозными измѣненіями.

10. Операціей устраняются глубокія части конъюнктивы и хряща, то дегенерированныя, то инфильтрированныя лимфоидными элементами и при обычныхъ способахъ леченія обреченныя къ исходу въ рубцовую ткань въ теченіе продолжительнаго времени.

с) Для объясненія дѣйствія операціи съ большой долей вѣроятности могутъ быть также допустимы и другіе моменты, содѣйствующіе организму въ борьбѣ съ болѣзнью, какъ напр., измѣненіе условій крове- и лимфо-обращенія послѣ операціи, устраненіе вмѣстѣ съ глубоко лежащими тканями возбудителя болѣзни и под.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому профессору Сергѣю Викторовичу Лобанову за предложенную тему и постоянную поддержку при работѣ своими указаніями и совѣтами.

Искренне благодарю также глубокоуважаемаго профессора Михаила Михаиловича Покровскаго за просмотръ моихъ препаратовъ и сдѣланныя при этомъ цѣнныя указанія.

VI.

ЛИТЕРАТУРА.

1. **Hirschberg.** Geshichte der Augenheilk. Handbuch d. gesammt. Augenheilk. Graefe—Saemisch. Liefer. V. 1899., S. 138.

2. **Hippokrates'** sämmtliche Werke im deutsch. übersetzt u. ausführl. commentirt v. d—r R. Fuchs. 1900. Bd. dritter.

3 и 4) **Галенъ, Paulus.** Цитир. по № 28.

5 и 6) **Paulus, B. Graephaeus.** Цитир. по № 1.

7—11) Цитир. по ст. Raehlmann'a—Основы терапіи при трахомѣ. СПБ. 1899.

12). **I. Rust.** Die ägypt. Augenentzünd. unt. d. königl. preuss. Besatz in Mainz, Berl. 1820. Цитир. по № 44.

13. **Ph. w. Walter.** Die kontag. Augeuentzünd. am. Niederhein, besonders in d. Arbeitsanstalt Braunweiler, in ihrem Zusammenhange mit d. ägypt. Ophtalmie betrachtet. Iournal d. Chirurgie u. Augenheilk. 2. Bd. 1821. Цитир. по № 44.

14. **B. Eble.** Die sogen. ägyptische oder kontag. Augenentzündung. 1839. Цитир. по № 44.

15. **Himly.** Die Krankheit. und Missbild. d. menchlich. Auges und d. Heilung. Berlin. 1843. Цитир. по №№ 44 и 57-a.

16. **Pilz.** Prag. Vierteljahr. IX. S. 73. Цитир. по № 23.

17. **Stellwag v. Carion.** Lehrb. d. Augenh. Wien. 1870. Цитир. ibidem.

18. **Wecker.** Trait. theor. et pract. d. malad. d. yex. Paris. 1867. Цитир. ibid.

19. **Galezowski.** Etude sur les granulat. palpébr. faus. et néoplasiques. Recueil d' Ophtalmol. 1874.

Цитир. по №№ 1, 44, Nagel's Iahresbericht. 1874. S. 285 и др.

b) Conjonctiv. granul. Soc. franc. d'opht. Séance du 29 Avril. 1886.

Цитир. по Nagel's Iahresber. 1886., стр. 324.

c) Recueil d' Ophtalmolog. 1899. Цитир. по Вѣстн. Офталмол. 1900., стр. 305.

20. **Giffo.** Des granulat. et. de leur traitem. par. l' excis. du cul-de sac super. Rec. d' Opht. 1879. **A Blaech.** Die Excision d. Bod. d. Conjunctivalsack. bei Granulat. Hirschberg's Centralbl. 1882. Oktoberheft. Цитир. по № 44.

21. **Voukchevitsch.** Etude sur le traitem. de l'ophtalm. granul. par l'excis. du cul—de—sac conjonctiv. Rec. d' Opht. 1884. Цитир. по № 44.

22. **Brachet.** Note sur le traitem. chirurg. de l' ophtalm. granul. Rec. d' Opht. 1882. Цитир. по № 44 и по Nagel's Iahresber. 1882., стр. 351.

23. **Heisrath.** Ueber d. Behandl. d. granul. Bindehantentz. mit tief. und ausgedehnt. Excisionen. Berl. klin. Wochenschr. 1882. № 28, 29, 30.

24. **Ed. Lehmann.** Ueb. d. operat. Behandl. d. conjunct. granul. mit spec. Berücksicht. d. Tarsus. Königsberg. 1895.

25. XII Congrés internat. de médecine de Moscou. Sect XI. Ophtalmol. Moscou. 1898., S. 135.

26. **Heisrath.** Grundzüge d. operativ. Behandl. granul. Bindehautekr. Königsberg. 1895. Цитир. по № 24.

27. **Schneller.** a). Die Behandl. d. Trachoms durch Excis. d. Uebergangsfalt. v. Graefe's Arch. f. Opht. Bd. XXX. H. 4. 1884.

b) Ueber d. Behandl. d. follicul. Bindehauterkr. Id. Bd. XXXIII H. 4. 1887.

c) Ueb. d. Behandl. d. follicul. Bindehauterkr. Id. Bd. XXXVIII. Abt. 4. 1892.

28. **Richter.** R. Zur. Behandl. d. Conjunct. granul. d. Excision. Graefe's Arch. f. Opht. Bd. XXXI. Abt. 4. 1885.

29. **Sedan.** Conjonct. granul. Soc. franc. d'opht. Seance du 29 Avril. 1886. Цитир. по Nagel's Iahresber. 1886., S 324.

30. **Elschnig** A. Zur. operat. Behandl. d. Trach. Wien. medic. Blätt. 1889. №№ 14, 15.

31. **Stobaeus.** Ueb. d. neuer. Behandl. d. Trach. Inaugur. Dissert. München. 1886.

Kamm. Neuer. Behandl. d. Trach. Inaugur. Dissert. Erlanger. 1890. Цитир. по № 44.

32. **Czermak.** W. Die Augenärztl. Operation. Bd. I. 1908.

Pfalz. Ueb. operativ. Therapie d. follicul. Bindehaut. Entzünd. Bonn. Hanstein. 1889. Цит. по Nagel's Iahresber. 1889., стр. 233.

33. **Iitta.** Nederl. Tijdschr. v. Genesk. Amsterd. XXVI. 1890. Цит. по Nagel's Iahresber., S. 235.

34. **Lindsay Iohnson.** Eine neue Method. d. Behandl. d. chron. Trach. Arch. f. Augenh. Bd. XXII 1890. Цит. по В. Офт.

35. **Vossius.** a) Zur operat. Behandl. d. conjunct. gran. Ber. üb. d. XVII Vers. d. opht. Gesellsch. zu Heidelberg. 1885. Цитир. по В. Офт. 1886., стр. 253.

b) Руководство по офталмологіи. СПБ. 1903.

c) Therapeut. Monatsh. 1889. № 6 und 7. Цит. по Nagel's Iahresber. 1889., S. 233.

36. **Zieminski** Br. Przeglad lecarski №№ 42—44. 1889. Цитир. по В. Өфт. 1890., стр. 262.

37. **Treitel.** Ueb. d. Behandl. d. Conjunct. gran. mittelst part. Excis. d. Bindeh. Terapeut. Monatsh. 1889. H. 2 и 3. Цит. по № 44.

38. **Russak.** Zur Techn. d. Excis. aus d. Bindeh. bei granul. Erkrang. derselb. Ibid. 1891. H. 7. Цит. по № 24.

39. **Sydn. Stephenson.** The surgical treatm. of trachom. The Opht. Rewiew. Iannuary 1892. Цит. по В. Офт. 1893., стр. 450.

40. **Veszely C.** Die Excis. d. Uebergangsfalt. d. Conjunct. in d. Trach.—Therap. Wien. Klin. Wochenschr. 1891. № 22—25.

41. **Noguè.** Sur. le traitem. chirurg. de la conjonct. granul. Thèse de Bordeaux. Rec. d' Opht. 1893. Цитир. по Nagel's Iahresber., 267.

42. **Iasche E.** Zur Trachom—Behandl. Kl. Monatsbl. f. Aug. 1896. Цитир. по В. Офт. 1897., стр. 93.

43. **Malgat.** Traitement de la conjonct. Rec. d' Opht. 1894. Septemb. Цит. по В. Офт. 1895., стр. 471.

44. **Kuhnt. H.** a) Ueb. d. Therapie d. Conjunct. granul. Iena. 1897.

b) XII Congrès internat. de médec. de Moscou. Sect. XI. Ophtalmol. Moscou. 1898. P. 85.

c) Deutsch. Med. Wochenschr. 1904. № 13.

d) Ueb. d. Indikat. d. Operativbehandl. d. Granulose. Zeitschr. f. Augenheilk. 1908. Oktob. H. 4., S. 389.

45. **Браунштейнъ Е.** Объ оперативномъ лѣченіи трахомы. Вѣст. Офт. 1904. № 3.

46. **Boldt.** Kuhnt's Knorpelausch. in. d. Trachombehandl. Zeitschr. f. Augenheilk. XIV. 1905., S. 41. Цит. по В. Офт. 1907., стр. 76.

47. **Pollnow L.** Heisraths Tarsalexcis. und Kuhnt's Knorpelausch. in d. Granulosebeh. Leipz. 1907.

48. **Casey Wood.** Remow of the tars. cas. and retrotars. fold in cert. cas. of. chr. trach. Annels of Opht. 1898. Iuly. № 3. Цит. по В. Офт. 1899., стр. 173 и Nagels' Iahresber. 1898.

49. **Hirschberg.** Bemerkung. zur Operat. und zur Anatom. d. Kornnerkrankh. Berl. klin. Wochenschr. 1899. № 39.

50. **Cahn N.** Zur Excis. d. Uebergangsf. Centralbl. f. Augenh. 1898. Цит. по „Хирургіи" 1899 г., Nagel's Iahresber. 1898., s. 683.

51. **Blascowiz.** a) Matrazenaht nach Tarsectomie. Szemeszet. 1904. № 3. Цит. по Nagel's Iahresber.

b) Ueb. Bindeh. und Tarsusexcis. bei Trach. Zeitschr. f. Augenh. Bd. XV. H. 5. 1906.

c) Bericht üb. d. III Yersamml. d. ungar. ophtalm. Gesellsch. in Budapest. Zeitschr. f. Augenh. Bd. XVIII H. 1. 1907., S. 89.

52. **Pick**. Zur Naht d. Trachomexcis. Zeitschr. f. Augenh. Bd. XII. 329. 1904. Цитир. по № 32.

53. **Eisenstein S.** Lid-Faβ und Umstülp. Pincett. Centralbl. f. prakt. Augenh. 1908. Septemb.

54. **Anhuth P.** Ueb. d. Tarsusauschäl. bei Behandl. d. Trachom. Inaug. Dissert. Königsberg. 1901.

55. **Imre.** Die Therapie d. Trachoms. Zeitshr. f. Augenh. XIV., S. 326. 1905. und Zcemészet. p. 24. 1905. Цит. по Nagel's Iaresber. стр. 527.

56. a) Klin. Monatsbl. 1906., S. 550, 552. Erster Kongress zur Bekämpfung des Trachoms.

b) Annali di Ottalm. XXXV. p. 105 e 283. 1906. Цит. по Nagel's Iahresber. 1906., S. 345.

57. **Raehlmann E.** a) Основы терапии при трахомѣ. СПБ. 1899.

b) Path. anatom. Untersuch. üb. d. follic. Entzünd. d. Bindeh. d. Aug. od. d. Trach. Grafe's Arch. f. Opht. Bd. XXIX. 1883.

c) Ueb. d. Pathol. d. Trachoms. Wien. med. Wochenschr. 1891. №№ 19, 20. Цит. по № 110.

d) Ueb. d. Erkrank. d. Tarsus und Lidrand. bei Trachom. Arch. f. Augenh. Bd. XLVI.

e) Bericht üb. d. 30 Yersamml. d. opht. Gesellsch. zu Heidelberg. 1902., S. 10. Цит. по № 83.

58. **Vetch.** Цит. по ст. Raehlmann'a—Основы терапiи при трахомѣ. СПБ. 1899.

59. **Gouzée.** Annales. de la société de medec. de Gand. 1837. Цитир. Ibid.

60. **Hairion T.** Nouvell. considerat. prat. sur l' Ophtalm. de l'armée. 1851. Цит. Ibid.

61. **Panas.** Gazette d' Ophtalmol. 1878. I p. 11, 12 Цит. по № 44., стр. 116.

62. **Eversbusch O.** Ueb. d. Behandl. d. chron. Trachoms. Kl. Monatsbl. f. Auh. 1896. Цит. по В. Офт. 1896., стр. 259.

63. **Hotz F.** Die Behandl. d. Trachom. d. Auspress. d. Körner. in Gegensatz zur Excision der Uebergangsfalte. Arch. f. Augenh. Bd. XVI., S. 412. 1885.

64. **Kenneth Scott.** Britisch. med. Journal. Septem. 1894. Цит. по В. Офт. 1895., стр. 92.

65. **Clifford H.** Medic. Record. Aug. 25. 1894. Цит. Ibid., стр. 91.

66. **Schweiger.** Handb. d. Augenh. b. Aufl. 1893. Цит. по № 32.

67. **Trousseau.** Les traitem. chir. lt. méc. d. granul. Arch. d'ophtalm. 1893. Avril. Цит. Ibid.

68. **Crainicean.** Soll man d. Granul. gemäßigt od. heroisch. behandeln. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1896., S. 91. Цит. по № 83.

69. **Venneman**. Le traitm. chirurg. des granulat. Arch. d' Opht. 1894. Цит. по В. Офт. 1894., стр. 495 и 1895 г., стр. 221.

70. **Schmidt Rimpler.** XII Congrés internat. de médecine de Mosk. Sect. XI. Ophtalmol. Moscou 1898., s. 129.

71. **Hoppe**. Die Erfolge d. Bindeh.—Knorpelauschn. beim Trach. Kl. Monatsbl. f. Augenh. 1898., S. 225. Цит. по В. Офт. 1899., стр. 98; также по № 94.

72. **Bäck S.** Ueber d. Zusammenh. zwishen Scrophul. u. Trachom. Münch. med. Wochenschr. 1900. № 8.

73. **Cazalis.** Цит. по № 72.

74. **Truc.** Lymphatisme et trachome. Annal. d' Oculistique. 1890. Цит. по № 72 и В. Офт. 1891., стр. 423.

75. **Шимановскій.** А. О сущности трахомы. Кіевъ. 1904.

76. **Stöhr**. Anatomischer Anzeiger. VI. 1891.

77. **Hendelson**. Arch. f. Laryngologie VIII.

78. **Görke.** Arch. f. Laryngologie. Bd. XIX. H. 2. 1907.

79. **Feuer**. a) Die operat. Behandl. d. Trachom. Ungar. med. Presse. № 69. 1899. Цит. Nagel's. Iahresber. 1899., S. 401.

b) Meine gegenwärt. Trachombehandl. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1899. Цит. по № 83. и Вѣстн. Офт. 1900., стр. 403.

80. **Falta.** a) Die Ausschneid. d. Uebergangsf. bei Trachom. Arch. f. Augenheilk. XLI. 3., S. 378. 1900.

b) Orvosi Hetilap. 1900. № 28. Цит. по Nagel's Iabresber. 1900., S. 355.

81. **Левенсонъ Б.** Къ вопросу объ изсѣченія переходной складки при трахомѣ. Записки Уральск. Мед. Общ. въ г. Екатеринбургѣ. VII. 1902.

82. **Fuchs E.** Руководство къ глазнымъ болѣзнямъ. СПБ. 1897.

83. **Graefe—Saemisch.** Handbuch d. Gesamt. Augenheilk. Lief. 77 bis. 80. Leipz. 1904.

84. **Мандельштаммъ Е.** a) Die Trachom. Proces., eine klin.—histolog. Studie. Arch. f. Opht. Graef. Bd. XXIX. 1883.

b) Клиническія лекціи по глазнымъ болѣзнямъ. Москва 1888.

85. **Неуйминъ Н.** Сравнит. результ. леченія трахомы фармацевт. средств. и хирургич. пріемами. Медиц. Сборн. Кавказск. Медиц. Общ. 1886. № 42.

86. **Кацауровъ.** Къ вопросу о леченіи трахомы. Докл. и пренія на съѣздѣ общ. русск. врач. въ пам. Пирогова. Цит. по В. Офт. 1891. г., стр. 183.

87. **Шредеръ.** Отчетъ о засѣд. съѣзда общ. русск. врач. въ пам. Пирогова. Цит. по В. Офт. 1893.

88. **Пѣуновъ А. И.** Къ операт. леченію трахомы. В. Офт. 1888., стр. 1.

89. **Срочинскій.** О соврем. леченіи трахомы—докл. на съѣздѣ польскихъ врачей и естествоисп. Цит. по В. Офт. 1892., стр. 188.

90. **Блументаль Л.** Къ вопросу о леченіи трахом. заболѣваній роговицы, въ особен. язвъ ея. СПБ. Дисс. 1897.

91. **Лебедевъ.** Трахома и ея леченіе. Медиц. бесѣда. 1899. №№ 12—16.

92. **Канъ Н.** Къ вырѣзыванію переход. складки. Врачъ. 1901. № 12., стр. 365.

93. Вѣстн. Офт. 1900., стр. 405.

94. **Гинзбургъ И.** Трахома въ Воронежск. губ. и мѣры борьбы съ нею. В. Офт. 1901 г.

95. **Струцинскій Н.** О леченіи трах. на Батур. глазн. санитарн. станціи. Воен. Мед. Журн. 1899., стр. 472.

96. **Лурія Я.** Къ вопросу объ оперативн. леченіи трахомы. Р. Врачъ. 1903. № 42.

97. Труды Пироговск. съѣзда общ. русск. врач. 1905., и отчетъ въ В. Офт. 1904 г.

98. **Panas.** Цит. по № 44 b), стр. 96.

99. **Соколовъ М.** Матер. къ вопр. объ услов. проходим. рубц. рогов. обол. для микроорг. Дисс. СПБ. 1902.

100. **Koster.** Beiträge z. Lehre vom Glaucom. v. Graefès Arch. f. Opht. 1895. Bd. XLI.

101. **Goldzieher W.** и **M.** Beitrag zur pathol. Anatom. d. Trach. Arch. f. Opht. Graef. Bd. LXIII. H. 2. 1906.

102. **Baumgarten.** Untersuch. üb. d. Histolog. d. Trach. Arch. f. Opht. Graef. Bd. XXX. 1884.

103. **Villard.** Anatom. pathol. de la conjunct. granul. Paris. 1896. Цитир. по № 107, 83.

104. **Pick L.** Zur. Histolog. d. Trachoms. Arch. f. Opht. Graef. Bd. XLIV. 1897.

105. **Iwanoff.** Die pathol. Anatom. d. Trach. Heidelbrg. Ophtalm. Gesellsch. 1878. 12 Aug. Цит. по № 107.

106. **Berlin.** Die path. Anatom. d. Conjunct. Kl. Mon. f. Aug. Bd. XIV., S. 341. 1878. Цит. по № 107.

107. **Greeff.** Lehrbuch d. spec. patholog. Anatom. I. Orth'a (Auge) Berlin. 1902.

108. **Arlt.** a) Prager viertelahresber. 1840. Bd. III. Цит. по № 109.
b) Klin. Darst. d. Krankh. d. Aug. 1881. Цит. Ibid.

109. **Шенбергъ В.** Объ измѣненіяхъ хряща вѣкъ при трахомѣ. Дисс. СПБ. 1895.

110. **Wolfring.** a) Ein Beitrag zur Histolog. d. Trachoms. v. Graefe's Arch f. Opht. Bd. XIV. 1868.

b) Къ ученію о железахъ хряща вѣкъ. В. Офт. 1885. Янв.—февр.

111. **Krause W.** Ueb. d. Drüs. d. Conjunct. Zeitschr. f. ration. Medic. IV. Heidelberg. 1854.

112. **Арнштейнъ К.** Органъ зрѣнія. Основанія къ изуч. микроск. анатоміи. М. Лавдовскаго и Овсянникова. СПБ. 1888.

113. **Iacobson.** Ueb. Epithelwucher. und. Follikelbild. in d. Conjunct. mit besond. Berücksicht. d. Conjunct. granul. Graefe's Arch. t. Opht. Bd. XXV. 1879.

114. **Beer.** Lehre v. d. Krankheit. Wien. 1813. Цит. по № 57. b).

115. **Michel.** a) Krankheit. d. Lider. Цит. по № 109 и 83. Lief. 148—159 изд. 1908.

116. **C Wedl und E. Bock.** Pathol. Anatom. d. Aug. Wien. 1886.

117. **Iunius.** a) Die path. Anatom. d. Conjunct. granul. nach neuen Untersuch. Zeitschr. f. Augenh. VIII. Ergänzungsh. 1902. Цит. по № 83.

b) Ueb. d. Entwick. und d. heutig. Stand unser. Kenntnis. v. d. pathol. Anat. und Aetiolog. d. Trach. Sammelrefer. Zeitschr. f. Aug. 1899. I., S. 485. Цит. ibid.

118. **Schieck F.** Graefe's Arch. f. Opht. Bd. LIX. 1904.

119. **М. Покровскій.** Упругая ткань и ея измѣненія при различн. заболѣван. легкихъ. Москва. 1897 г.

120 **Герценштейнъ Г.** Объ измѣреніи конъюнктив. мѣшка. В. Офт. 1885 г. ноябрь—дек.

121. **Richet M.** Traite pratiq. d' anatom. med.—chirurg. Paris. 1857. Цит. по Graefe—Saem. Handb. d. gesammt. Augenheilk. Zweite Auflage: Lief. 29—30., S. 90.

122. **Marchand F.** Der Process d. Wundheil. mit Einschluss d. Transplant. Deutsch. Chirurgie—herausgegeb. v. Bergmann und Bruns. 1901.

123. **Krause W.** Die Anatomie des Kaninchens. Leipzig. 1884.

124. **Өедоровъ Т.** Къ анатоміи фолликулярнаго воспаленія конъюнктивы въ связи съ нормальн. строеніемъ ся. Москва. 1896.

125. **Grönholm U.** Ueber Excision von Conjunctiva und Tarsus bei. Trachom. Versamml. p. nord. Ophtalm. in Christhiania. 1907. Цит. по рефер. Arch. f. Augeinheilk. Bd. LXII. H. 1., S. 361. 1908.

126. **Addario C.** Ueber die chirurg. Behandl. d. Trachoms mit besonder. Berücksichtigung d. Pannus corn. trachom. Ital. Ophtalm.

Congress Parma. 1907. Цит. по реф. Arch. f. Augenheilk. Bd. LXII. H. 1., S. 363. 1908.

Къ рисункамъ:

№№ 1—4. Представлены различные моменты операціи: объясненіе въ текстѣ (стр. 56—66).

№ 5. Срѣзъ изъ трахоматозной конъюнктивы: a) эпителей; b) зерно въ аденоидномъ слоѣ; c) выводной протокъ ацино-тубулезной железы со слущившимися въ просвѣтъ эпителіальными клѣтками; вблизи его—зерно (d). Микр. Leitz'a Object. 2. Ocul. 4. Увелич. 80.

№ 6. Ацино-тубулезная железа съ разлитой кругло-клѣточковой инфильтраціей (b) по соединительно-тканнымъ прослойкамъ; a) выводной протокъ железы, также инфильтрированный по окружности. Object. 4. Ocul. 4. Увелич. 240.

Рис. 1.

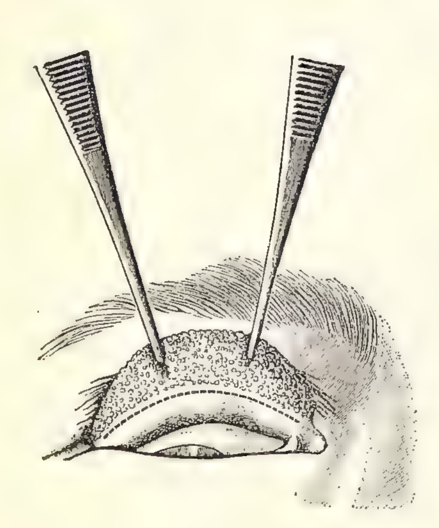


Рис. 2.

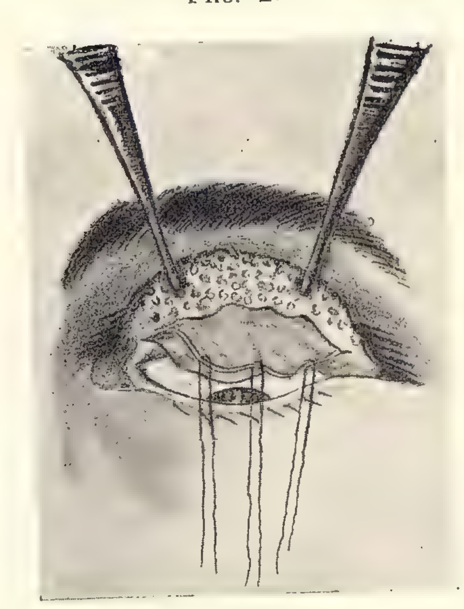


Рис. 3.

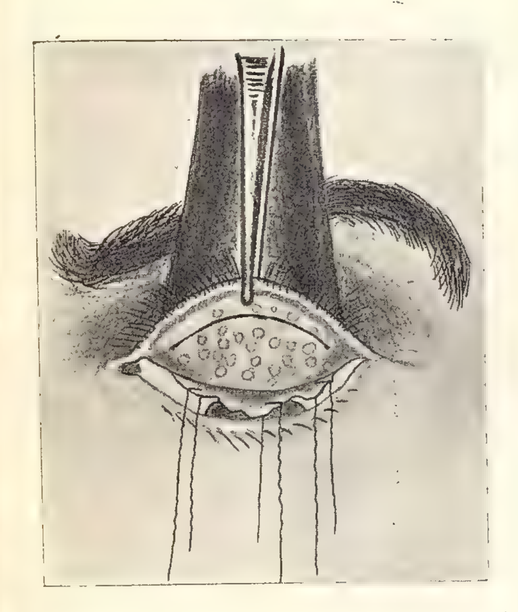


Рис. 4.

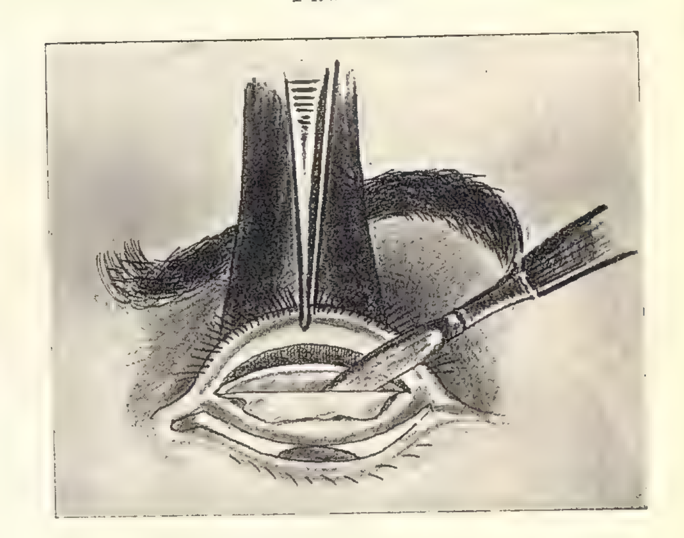
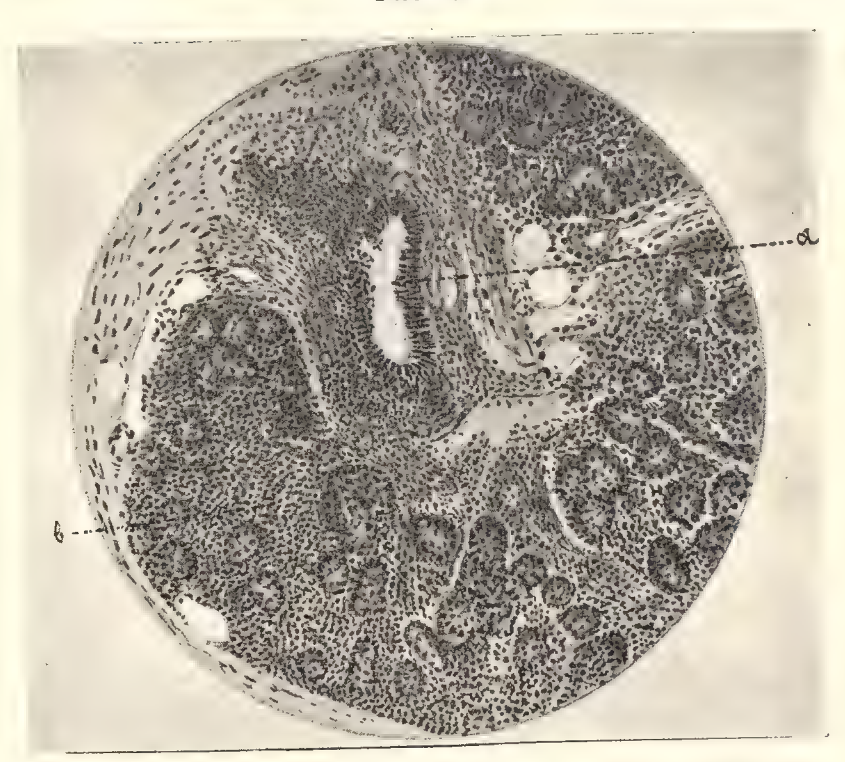


Рис. 5.



Рис. 6.



ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ.

Стран.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ.
1	2 снизу	4,5)	^{4,5})
3	10 сверху	поверхпостная	поверхностная
6	9 снизу	съ зернами	съ зернами,
7	11 —	онерація	операція
7	8 —	возможно,	возможно
9	12 —	удалено,	удалено.
12	9 —	Zeiminski	Zieminski
14	5 —	Galezowks'имъ	Galezowsk'имъ
15	17 сверху	Kuhnt'омъ,	Kuhnt'омъ
19	15 снизу	Galezowzk'ому	Galezowsk'ому
21	2 —	сращеній	сращеній.
24	1 —	характера	характера.
—	21 —	отсуствіе	отсутствіе
31	5 сверху	трахомы	трахомы,
35	7 —	сообшилъ	сообщилъ
—	14 —	паблюдать	наблюдать
38	13 —	Praed... Mikroben	„Praed. . Mikroben“
—	27 —	ткань	ткань,
—	3 снизу	спо-	спо·
39	15 сверху	сще	еще
43	2 —	частей.	частей
44	4 —	кзѣтокъ	клѣтокъ
45	16 —	хряща	хряща,
47	9 —	находпаъ	находилъ
49	8 —	катаррѣ	катаррѣ;
—	9 —	изслѣдованіямъ;	изслѣдованіямъ,
—	10 снизу	всѣми.	не всѣми.
55	4 —	26)	26),
65	7 —	эксцизіи	вылущенія
67	6 сверху	2 — 1	2 — 2
			^{20}/cc
—	7 —	2 — 1	2 — 1 — 1
73	10 —	ос	ос.
76	9 снизу	vis,	vis.
77	15 сверху	pracs.	praes.
78	20 —	oc. b.	oc. d.
—	4 снизу	щвы.	швы.
80	18 сверху	болочка	оболочка
81	8 снизу	Pannus.	Pannus
83	8 —	закончившемся	закончившейся

—	1	—	trachoma tosusoc.	trachomatosus oc.
92	11	—	vis $^{20}/xx$	vis $^{20}/LXX$
95	20	сверху	въ полнѣ	вполнѣ
—	3	снизу	иифильтраты	инфильтраты
96	19	—	тровапа	трована
—	21	—	ощуць	ощупь
98	12	—	visis	visus
99	10	—	14 Марта	4 Марта
106	1	—	oc. b.	oc. d.
108	4	сверху	эеренъ	зеренъ
116	19	—	ciatriceum	cicatriceum
120	1	—	Камбинированная	Комбинированная
128	8	снизу	этой	этотъ
131	18	сверху	вмѣшательство).	вмѣшательство.
—	24	—	комбиннрованная	комбинированная
132	15	—	кругными	круглыми
—	16	—	Втѣстѣ	Вмѣстѣ
140	20	—	фибринизныхъ	фибринозныхъ
142	8	—	марта	сентября
—	9	—	марта	сентября
143	1	—	10 окт.	1 окт.

Императорскій Томскій Университетъ.
Госпитальная хирургическая клиника проф. П. И. Тихова.

Н. Богоразъ.

О частичныхъ ампутацiяхъ стопы

въ функцiональномъ отношенiи.



ТОМСКЪ.
Типо литографія Сибирск. Т—ва Печатн. Дѣла, уголъ Дворянск. ул. и Ямск. пер. с. д.
1909.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

стр.

Предисловіе . . . . I—II

Глава I. Историческій очеркъ развитія методики частичныхъ ампутацій стопы 1

„ II Общія замѣчанія о строеніи и функціяхъ стопы . . . 21

„ III. Объ ампутаціонной культѣ вообще и о культѣ стопы въ частности 33

„ IV. Amputatio metatarsea 47

„ V. Exarticulatio metatarsea (операція Lisfranc'a) 63

„ VI. Exarticulatio mediotarsea (операція Chopart'a) 71

„ VII. Exarticulatio pedis sub talo (операція Malgaigne'я) . . . 95

„ VIII. Amputatio pedis osteoplastica (операція Пирогова) . . 107

„ IX. Amputatio tarsi osteoplastica (операція Владимирова-Mikulicz'a) 128

„ X. Amputatio pedis osteoplastica съ тыльнымъ лоскутомъ (операція Левшина—Спасокукоцкаго 152

„ XI. Amputatio et exarticulatio pedis 161

„ XII. Сравнительная оцѣнка методовъ частичныхъ ампутацій стопы съ точки зрѣнія работоспособности культи . . . 170

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Цѣль данной монографіи—сопоставить между собою имѣющіеся способы частичныхъ ампутацій стопы, для сравнительной оцѣнки получающихся отъ нихъ культей съ точки зрѣнія ихъ функцій.

Ампутація стопы досталась намъ въ наслѣдство отъ глубокой древности. Получена эта ампутація окутанной предубѣжденіями и предразсудками тѣхъ эпохъ, въ которыя она создавалась. Главное вниманіе ея творцовъ было направлено на оцѣнку способовъ съ точки зрѣнія числа смертныхъ исходовъ, которые приписывались той или иной методикѣ ампутаціи, функціей остающейся культи интересовались поразительно мало, если принять во вниманіе громадное число произведенныхъ ампутацій.

Классическое произведеніе Schede является чуть ли не единственнымъ опытомъ систематической обработки указаннаго вопроса. Но эта монографія, основанная на данныхъ главнымъ образомъ до антисептической эпохи, устарѣла для настоящаго времени. Кромѣ того, послѣ ея появленія возникло много новыхъ способовъ ампутацій, появились новые методы изслѣдованія, какъ Рентгеноскопія и Рентгенографія, дающія возможность изучать скелетъ живой культи. Въ позднѣйшее время также мало интересовались этимъ вопросомъ. Имѣющіяся въ этомъ направленіи работы, какъ La Bonnardière, Lapointe, Березнеговскаго, Спасокукоцкаго и др. касаются отдѣльныхъ методовъ ампутаціи стопы.

Этимъ объясняется то обстоятельство, что методики изученія функцій культи стопы почти не существуетъ и настоящая работа представляетъ собой попытку намѣтить нѣкоторыя положенія, которыя должны облегчить работу дальнѣйшимъ изслѣдователямъ.

При выясненіи функціональныхъ результатовъ ампутацій стопы путемъ статистики встрѣчается больше затрудненій, чѣмъ можно было бы предполагать. Авторы въ большинствѣ случаевъ

слишкомъ кратки при оцѣнкѣ культей съ точки зрѣнія функцій; кромѣ того, рѣдкіе авторы располагаютъ большой серіей личныхъ наблюденій, что особенно важно для сопоставленія различныхъ методовъ. Въ этомъ отношеніи госпитальная хирургическая клиника Томскаго университета была поставлена въ особенно благопріятныя условія, благодаря частотѣ случаевъ обмороженія. Число случаевъ частичныхъ ампутацій стопы, наблюдавшихся въ этой клиникѣ за послѣднія пять лѣтъ, равно 47; изъ нихъ 28 культей изслѣдовано лично мною. Такимъ образомъ явилась возможность подобрать рядъ наблюденій, обработанныхъ по общему плану и подъ однимъ и тѣмъ же угломъ зрѣнія, а это обстоятельство является непремѣннымъ условіемъ правильности выводовъ.

ГЛАВА I.

Историческій очеркъ развитія методики частичныхъ ампутацій стопы.

Нѣтъ никакого сомнѣнія, что задолго до того, когда появилось описаніе первой частичной ампутаціи стопы, эта операція уже производилась на практикѣ. Сама природа пользуется естественной ампутаціей для отдѣленія омертвѣвшей конечности. Разумѣется, это обстоятельство не могло остаться не замѣченнымъ для наблюдателя, и въ сѣдой древности, надо думать, были попытки подражать въ этомъ отношеніи природѣ. Кромѣ того стопа отсѣкалась рукою палача за преступленіе, а въ нѣкоторыхъ странахъ такъ поступали съ врагами, и опытъ показывалъ не разъ, что послѣ такой операціи больной оставался живъ; слѣдовательно, и со стороны возможности сохраненія жизни для этой операціи существовали показанія. Несомнѣнно, что хирурги древности ампутировали главнымъ образомъ при омертвѣніи конечностей. Гиппократъ во время пелопонезской войны настолько уже владѣлъ методикой ампутацій, что подвергалъ ихъ критической оцѣнкѣ и предпочиталъ вылущеніе ампутаціи. Повидимому, онъ оперировалъ въ границахъ омертвѣвшихъ тканей.

Позднѣе во времена Августа и Тиверія Цельсъ уже прямо совѣтуетъ ампутировать при гангренѣ въ здоровыхъ тканяхъ, хотя признаетъ, что больные могутъ истечь кровью во время ампутаціи и что по этому сама по себѣ эта операція очень опасна. У него уже попадаются нѣкоторыя указанія на перевязку кровоточащихъ сосудовъ и примѣненіе съ цѣлью остановить кровотеченіе раскаленнаго желѣза; затѣмъ въ эпоху отъ Архигена Апамейскаго, который практиковалъ въ началѣ 2-го вѣка послѣ Рождества Христова, вплоть до Ambroise Paré, въ половинѣ 16-го вѣка, ампутація особеннаго распространенія не получала главнымъ образомъ изъ за кровотеченій. Хотя у позднѣйшихъ римскихъ хирурговъ Галена и Аэція и есть указанія на счетъ перевязки сосудовъ, но и Галенъ и позднѣе его Павелъ Эгинскій (въ половинѣ 7

вѣка послѣ Р. Хр.), очевидно боясь кровотеченія, вернулись къ Гиппократовскому способу производства ампутацій. Послѣдній изъ авторовъ упоминаетъ о раскаленномъ желѣзѣ, какъ о средствѣ для остановки кровотеченія. Средне-вѣковые арабскіе хирурги Avicenna и Abu l'Kasem совѣтуютъ даже производить ампутацію раскаленнымъ ножомъ. Въ 1563 году Ambroise Paré ввелъ систематическую перевязку артерій. Его методика производства операцій уже въ высокой степени разработана. Но прошло много времени, прежде чѣмъ принципъ перевязки получилъ общее примѣненіе, и еще черезъ 200 лѣтъ Sharp жаловался, что лигатура не получила заслуженнаго распространенія Тѣмъ не менѣе со времени введенія въ практику лигатуры сосудовъ, ампутаціи начинаютъ производиться все чаще и чаще. Изобрѣтеніе пороха и вошедшее за нимъ въ употребленіе, огнестрѣльное оружіе сильно увеличило число тяжелыхъ поврежденій конечностей и создало новое показаніе для ампутацій. Ампутаціи по поводу огнестрѣльныхъ раненій начали производить весьма часто, даже слишкомъ часто, такъ что наконецъ это увлеченіе вызвало реакцію въ смыслѣ большей консервативности леченія тяжелыхъ огнестрѣльныхъ поврежденій. Boucher и Gervaise въ срединѣ 18 вѣка напоминаютъ современнымъ имъ хирургамъ, что не при всякомъ осложненномъ переломѣ слѣдуетъ ампутировать. Реакція эта мало по малу усиливалась и наконецъ въ свою очередь достигла крайнихъ предѣловъ. Прусскій генеральный врачъ Bilguer черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ выше упомянутыхъ авторовъ совершенно уже отрицаетъ ампутаціи, ограничивая показаніе къ нимъ исключительно гангреной.

Товарищъ Bilguer'а извѣстный, Schmücker пришелъ къ такимъ же выводамъ, а Фридрихъ Великій издалъ даже указъ прусскимъ фельдшерамъ не ампутировать до тѣхъ поръ, пока не наступитъ гангрена. Тѣмъ не менѣе ампутація успѣла войти въ хирургическій обиходъ. Къ срединѣ 18 вѣка высокое ампутированіе конечностей не представляло особой рѣдкости.

Къ этому времени нужно отнести начало частичнаго ампутированія стопы. Хотя Fabricius Hildanus и говоритъ, что ампутація стопы была извѣстна еще древнимъ, хотя эту операцію, повидимому, производилъ и онъ самъ, и послѣ него Van Hoorne, Hunter и др. и даже извѣстенъ употреблявшійся ими методъ частичнаго отсѣченія стопы при помощи стамески, однако исто-

рически достовѣрный первый случай частичной ампутацiи стопы принадлежитъ лондонскому хирургу Sharp'у (1763), при чемъ онъ утверждалъ, что видѣлъ производство этой ампутацiи еще въ 1741 году. Здѣсь дѣло шло объ ампутацiи плюсневыхъ костей, и такимъ образомъ эта операцiя можетъ быть названа старѣйшей частичной ампутацiей стопы.

Хотя прiоритетъ производства ампутацiи metatarsi принадлежитъ Sharp'у, однако при немъ эта операцiя не успѣла распространиться. Такое обстоятельство даетъ поводъ Hancock'у утверждать, что вышеназванная операцiя въ первый разъ методически произведена въ Англiи Turner'омъ младшимъ по совѣту Aikin'а изъ Gross Iarmouth'а въ 1787 году. Въ концѣ 18 столѣтiя ее снова предложилъ Hey; въ 1812 году Pezerat произвелъ ее изъ за гангрены передней части стопы; Cloquet въ 1829 году разсматриваетъ ее, какъ заслуживающую предпочтенiя передъ вылущенiемъ metatarsi. Позднѣе Malgaigne, Verneuil, Parona и многiе военные хирурги производили ее также съ большимъ успѣхомъ. Вообще ампутацiя плюсневыхъ костей входитъ во всеобщее употребленiе сначала 19 столѣтiя, и если Günther къ 1859 году собралъ 18 случаевъ ея, то это, несомнѣнно, только незначительная часть произведенныхъ въ дѣйствительности операцiй этого рода. Нужно отмѣтить, что въ болѣе позднее время многiе хирурги предпочитали ей вычлененiя по линiи сустава Lisfranc'а. „Мнѣ кажется, говоритъ Farabeuf, что во Францiи хирурги-анатомы не всегда умѣютъ удержаться отъ удовольствiя произвести вмѣсто этой легкой ампутацiи красивую операцiю Lisfranc'а, серьезно считаемую многими практиками анатомическимъ кунштюкомъ". Вычлененiя (экзартикуляцiи) вошли въ употребленiе гораздо позже ампутацiй. Они были извѣстны въ глубокой древности, и Гиппократъ предпочиталъ ихъ ампутацiямъ изъ за меньшей кровопотери; онъ упоминаетъ, какъ трудно остановить кровотеченiе, если отнятiе кисти или стопы произведено не въ самомъ суставѣ, а выше или ниже его. Такого же мнѣнiя придерживается и Галенъ, рекомендуя экзартикуляцiю изъ за быстроты ея производства, Гелiодоръ, греческiй врачъ I вѣка по Р. Х., наоборотъ не совѣтуетъ ее производить.

Однако этотъ видъ отдѣленiя конечности не пользовался сочувствiемъ хирурговъ, и только у Guy von Chauliac'а мы встрѣчаемъ о немъ упоминанiе. Первое вполнѣ достовѣрное частичное

вычлененіе стопы (въ суставѣ Chopart'а) было произведено только въ 1780 году Du Vivier'омъ въ Rochefort'ѣ. Въ общую хирургическую практику частичныя вычлененія стопы, (какъ и вообще всѣ вычлененія) начинаютъ входить только съ начала 19 вѣка, благодаря трудамъ Lisfranc'а, Malgaigne'я, Textor'а и др.; впрочемъ слѣдуетъ отмѣтить, что каждая пядь стопы въ смыслѣ возможности оперативнаго отдѣленія отвоевывалась наукой медленно и съ трудомъ. Вычлененіе по слѣдующей за плюсневыми костями линіи тарзо-метатарзальныхъ сочлененій предлагалось еще въ 1720 году Garengeot и его современниками Heister'омъ и Sharp'омъ. Затѣмъ въ 1789 году указанная операція была испробована Percy и въ 1893 году Larrey.

Въ Англіи Hey, который съ 1796 года производилъ поперечную ампутацію стопы, слѣлалъ въ 1799 году правильное вычлененіе въ тарзо-метатарзальномъ суставѣ у дѣвушки 18 лѣтъ; выдающуюся часть oss. cuneiformis I онъ отпилилъ пилой. Есть еще указанія на эту операцію у Blandin'а, Petit, Turner'а, Rossi и друг.

Въ общее употребленіе она вошла позднѣе, только послѣ того, какъ ее произвелъ и описалъ въ 1815 году Lisfranc, именемъ котораго она названа и одновременно съ нимъ Villermé.

Въ Россіи во время крымской войны Пироговъ сдѣлалъ эту операцію только 5 разъ, замѣняя ее вездѣ, гдѣ можно, ампутаціей плюсневыхъ костей.

Попутно съ этой операціей развилась другая—экзартикуляція по слѣдующей сочленовной линіи—exarticulatio mediotarsea (въ суставѣ Chopart'а). Въ первый разъ выполненіе этой операціи приписываютъ еще Hequet изъ Abbeville'я, который въ 1746 году демонстрировалъ Winslow'у ногу, отдѣленную въ суставѣ Chopart'а.

Vigaroux говорилъ въ 1764 году, что онъ ампутировалъ стопу въ суставѣ Chopart'а изъ за омертвѣнія; Lecat также совѣтовалъ она въ 1752 году. Кромѣ того эту операцію была извѣстна Heister'у и Garengeot, но тѣмъ не менѣе истиннымъ ея творцомъ считается Chopart, именемъ котораго она названа, произведшій ее методически въ 1787 году. Chopart произвелъ ее въ первый разъ съ 2-мя лоскутами—тыльнымъ и подошвеннымъ. Въ Англіи она вошла въ практику съ 1814 года послѣ путешествія Roux въ Лондонъ и въ Германіи съ 1809 года, благодаря Gräfe, Langenbeck'у старшему, Chelius'у и др.

Но съ первыхъ же шаговъ хирурги столкнулись съ важнѣйшимъ недостаткомъ ампутацiи по этому методу. Культя послѣ операцiи по Chopart'у запрокидывалась рубцомъ впередъ, пятка оттягивалась далеко назадъ и культя принимала положенiе pes equino-valgus. При попыткахъ ходить, на рубцѣ быстро показывались язвы, препятствовавшiя пользоваться конечностью. Изъ за операцiи Chopart'a возгорѣлся жестокiй споръ, длившiйся цѣлое столѣтiе и собственно не окончившiйся до сихъ поръ. Legouest, Böckel, Bouvier и многiе другiе выступили противниками этой операцiи. Böckel и Bouvier приводятъ много случаевъ неудачныхъ культей послѣ этой операцiи, Legouest и позднѣе Farabeuf утверждаютъ даже, что ее нужно совсѣмъ забыть. Вообще нужно отмѣтить, что противниками этой операцiи выступали главнымъ образомъ французскiе хирурги, иностранные же и главнымъ образомъ нѣмецкiе относились къ ней одобрительно и у нихъ результаты ея гораздо лучше.

Оба Textor-a, Blasius, Demme старшiй, Volkmann, Ried и многiе другiе сдѣлали ее въ общей сложности 168 разъ со 122 хорошими въ смыслѣ функцiи исходами. Чтобы понять ожесточенность этого спора, нужно вспомнить, что до начала пятидесятыхъ годовъ операцiя Chopart'a была единственной изъ ампутацiй на всемъ заднемъ и среднемъ отдѣлѣ стопы. Больному, которому нельзя было сдѣлать ампутацiю въ линiи Chopart'a, приходилось ампутировать голень, поэтому поневолѣ приходилось мириться, хотя-бы и съ плохой культей, но всетаки при условiи сохраненiя стопы. Отсюда многочисленныя попытки такъ или иначе помочь дѣлу, путемъ ли перерѣзки Ахиллова сухожилiя (Petit, Larrey и др.), или вызвавъ воспаленiе и анкилозъ голеностопнаго сустава (Szymanowski), или, наконецъ, сохранивъ дѣятельность разгибателей укрѣпленiемъ ихъ сухожилiй въ культѣ (Delagarde, Ollier).

Съ введенiемъ въ хирургическую практику другихъ ампутацiй въ среднемъ и заднемъ отдѣлѣ стопы вопросъ объ операцiи Chopart'a въ значительной мѣрѣ утратилъ свою остроту, и сама эта ампутацiя изъ главнѣйшей на стопѣ превратилась въ обыкновенную рядовую, но значенiе свое она сохранила и попытки такъ или иначе исправить культю Chopart'a продолжались и продолжаются до сихъ поръ. Одни (Helferich,

Buchholtz) думали помочь дѣлу, спиливая на переднее нижнемъ краю часть calcanei или сдѣлавъ артродезъ голеностопнаго сустава (Helferich, Godfroy). Абражановъ въ 1895 году предложилъ спиливать нижнюю часть пяточнаго бугра, чтобы образовать ровную площадку для ходьбы и наконецъ въ послѣднее время, чтобы измѣнить отношеніе костей въ культѣ, предложили вовсе удалять таранную кость (Вреденъ, Ricard, Laguaite и др.).

Кромѣ того при антисептическомъ проведеніи послѣопераціоннаго періода ортопедическое лѣченіе сдѣлало возможнымъ почти каждую культю Chopart'а приспособлять для ходьбы.

Въ Россіи во время Крымской войны ампутація Chopart'а Пироговымъ производилась рѣдко, хотя онъ не принадлежитъ къ числу ея противниковъ. Позднѣе сторонниками ея выступили Павловъ, Трояновъ, Зеленковъ и др. Павловъ демонстрировалъ въ засѣданіи Пироговскаго общества 1892—1893 году 6 больныхъ, оперированныхъ по Chopart'у съ прекраснымъ исходомъ. Зеленковъ сдѣлалъ эту операцію 7 разъ во время русско-турецкой войны. За однимъ больнымъ, оперированнымъ по Chopart'у на обѣихъ ногахъ, онъ слѣдилъ пять лѣтъ. Больной могъ дѣлать большіе переходы.

Рядомъ съ сочлененіемъ Chopart'а существуетъ другая суставная линія между ладьевидной и клиновидными костями. Линія эта съ наружной стороны упирается въ кубовидную кость. Вычлененіе по типу Chopart'а производилось и по этой линіи. Передаютъ, что начало этой операціи положилъ Dupuytren, сдѣлавъ ошибку при операціи Chopart'а. Bitot, Broca, Jousset и др. производили вычлененія по этой линіи съ успѣхомъ. Legouest относился къ ней сочувственно, считая, что os naviculare служитъ подпорой внутреннему краю стопы. Delorme въ 1874 году наблюдалъ мальчика, который былъ оперированъ по такому способу въ 1870 году и теперь легко взбирался по лѣстницѣ. Вмѣстѣ съ этой операціей нужно отмѣтить рядъ операцій переходныхъ отъ Lisfranc'овской ампутаціи къ операціи по Chopart'у, состоявшихъ въ вычлененіи по промежуточнымъ суставнымъ линіямъ и перепиливаніи прилежащихъ къ этимъ линіямъ костей. Напримѣръ, производимая Pauli и Baudens'омъ операція вычлененія въ ладьеклиновидномъ сочлененіи съ перепиливаніемъ кубовидной, кости или операція Monod, при которой сохраняется ладьевидная и клиновидная кости и отпиливаются часть кубовид-

ной. Lücke въ 1845 году перепилилъ клиновидныя кости и удалилъ кубовидную и т. д.

Несмотря на то, что различные авторы приводили отдѣльные удачные случаи съ хорошими исходами послѣ такихъ операцiй, послѣднiя не могли привиться; по справедливому замѣчанiю Salleron'а, опасность омертвѣнiя оставленнныхъ въ культѣ небольшихъ костныхъ участковъ была въ то время слишкомъ велика, чтобы рисковать ею для удлиненiя стопы на нѣсколько миллиметровъ. Впрочемъ послѣ введенiя антисептическаго метода эти операцiи вошли въ практику, примѣняемыя сами по себѣ и въ различныхъ модификацiяхъ костно-пластическаго типа.

До 1841 года операцiя Chopart'а, какъ было упомянуто выше, была единственной въ среднемъ и заднемъ отдѣлѣ стопы, если не считать amputatio talo-calcanea, выдвинутой Blasius'омъ и состоявшей въ отсѣченiи головки таранной кости и передняго конца пяточной послѣ вычлененiя по Chopart'у. Такъ какъ всѣ недостатки ампутацiи Chopart'а присущи этой операцiи въ еще большей степени, то замѣтнаго влiянiя на развитiе методики ампутацiй amputatio talo-calcanea имѣть не могла.

Однако операцiей Chopart'а творчеству хирурга былъ указанъ дальнѣйшiй путь. Естественно можно было бы ожидать, что слѣдующимъ этапомъ по пути вычлененiй будетъ вычлененiе въ слѣдующемъ за Chopart'овскимъ таранно-пяточномъ суставѣ. Такъ и вышло на самомъ дѣлѣ.

Въ 1839 году Lignerolles и Velpeau предложили эту операцiю, которая была сдѣлана Traille'мъ и Textor'омъ старшимъ въ 1841 году въ Германiи. Во Францiи ее сдѣлалъ Malgaigne въ 1845 году. Malgaigne явился популяризаторомъ этой операцiи, описавъ ее въ 1845 году и потому она названа его именемъ. Дальнѣйшая разработка ея техники и идея подходящаго лоскута принадлежитъ John'у, Simon'у англiйскому хирургу, сдѣлавшему ее въ 1848 году 2 раза, но не нашедшему на родинѣ подражателей.

Позднѣе этой операцiей занялись Jules Roux, Nélaton, Verneuil, Vacquez, Maurice Perrin, Farabeuf и др. Но эта дающая хорошiе результаты, операцiя широкаго распространенiя не нашла, потому что условiя, требующiя спецiально ея производства, встрѣчаются не часто, а какъ операцiя для замѣны ампутацiи стопы она не могла соперничать съ костнопласти-

ческой операціей Пирогова, вскорѣ выступившей ей на смѣну. Weber, Neudölfer, Vacquez, Gross, Perrin и др. относились къ операціи Malgaigne'я сочувственно, несмотря на то, что Legouest, разсматривая верхнюю суставную поверхность таранной кости и положеніе этой кости послѣ операціи, думалъ, что головка этой кости должна быть поднята по причинѣ давленія тѣла; а послѣдствіемъ этого будетъ сильное тыльное сгибаніе и у большеберцовой кости появится стремленіе вывихиваться назадъ, связки будутъ растягиваться, возникнутъ боли, воспаленіе сустава и т. д. Кромѣ того туберкулезъ кости, одна изъ самыхъ серьезныхъ причинъ ампутаціи, поражаетъ чаще всего таранную кость, такъ что опасность рецидива служила, по мнѣнію большинства авторовъ, важнымъ препятствіемъ для этой операціи даже и тогда, когда къ ея производству являлась возможность. Изслѣдованія Panas, Delorme и Farabeuf'a показали, что почти въ каждомъ случаѣ въ культѣ наступаетъ смѣщеніе, но это не тыльное сгибаніе, котораго страшился Legouest, а наоборотъ подошвенное, какъ и послѣ операціи Chopart'a. Нѣкоторые авторы (Larger) думали, что причина этого кроется въ срощеніи Ахиллова сухожилія съ таранной костью, другіе (Delorme) считали причиной тягу глубокихъ мышцъ голени.

Всѣ эти недостатки не могли однако скомпрометировать операціи Malgaigne'я и въ тѣхъ случаяхъ, когда условія подходили, она прочно заняла свое мѣсто.

Въ прямой преемственной связи съ частичными ампутаціями стопы стоятъ тѣ ампутаціи всей стопы или даже голени, при которыхъ покровы для культи берутся со стопы и которыя, собственно говоря, представляютъ ампутаціи не всей стопы, но большей ея части.

Впервые эта операція была произведена Sedillier изъ Rouen'a, а затѣмъ Vacca Berlinghieri; въ случаѣ послѣдняго оперированный драгунъ могъ проходить нѣсколько миль на своей культѣ. Textor въ 1817 году, затѣмъ Rossi и Sabatier, повидимому, производили эту операцію, но затѣмъ она была забыта и лишь въ 1839 году ее сдѣлалъ Baudens. Этотъ авторъ производилъ ее съ переднимъ лоскутомъ, исходя изъ того соображенія, что передній лоскутъ будетъ западать въ силу собственной тяжести назадъ. Но здравый смыслъ подсказывалъ, что подошвенный лоскутъ, естественно приспособленный для культи,

будетъ гораздо больше полезенъ при этой ампутацiи. Первыя попытки въ этомъ направленiи приписываются Malgaigne'ю; но опредѣленно предложившiй подобнаго рода методъ былъ Iäger, который разработалъ его теоретически, продѣлавъ операцiю только на трупѣ; на живомъ же выполнилъ ее Эдинбургскiй хирургъ Syme въ 1842 году, который затѣмъ произвелъ ее много разъ и популяризировалъ. Въ 1846 г. ее произвелъ въ Германiи Chelius младшiй. Эта операцiя вошла въ практику почти одновременно или нѣсколько послѣ вылущенiя sub talo, и это обстоятельство подтверждаетъ ту мысль, что она была слѣдующимъ главнымъ этапомъ въ развитiи методики ампутацiй стопы. Образованiе подошвеннаго лоскута вызвало подражателей. Въ 1846 году Тулонскiй врачъ Iules Roux предложилъ свой внутренне-подошвенный лоскутъ, затѣмъ Sédillot—четырехъ-угольный и т. д., но изъ всѣхъ этихъ модификацiй ампутацiй или вычлененiй всей стопы наиболѣе важнымъ въ исторiи развитiя методики ампутацiй является способъ Syme'a, такъ что его нужно считать послѣднимъ звеномъ въ ряду способовъ ампутацiй стопы, руководившихся естественными границами. При этихъ операцiахъ культя голени по удаленiи стопы прикрывается подошвеннымъ лоскутомъ, приспособленнымъ для ходьбы.

Операцiи по способу Lisfranc'a Chopart'a, Malgaigne'я и Syme'a стали основными типами, вокругъ которыхъ группировались различныя модификацiи, отличавшiяся между собой только очертанiями лоскута.

Далѣе итти по этому пути было некуда. Генiй русскаго хирурга указалъ совершенно новый путь.

Въ 1852 году Н. И. Пироговъ предложилъ свой способъ костнопластической ампутацiи стопы. Тогда какъ всѣ предыдущiе методы имѣли обыкновенно аналогичные себѣ въ прошломъ, принципъ Пирогова стоитъ совершенно особнякомъ и не имѣетъ предшественниковъ. Грубой ошибкой, повторяемой нѣкоторыми иностранными руководствами, было-бы считать этотъ способъ модификацiей способа Syme'a. Такое соединенiе этихъ двухъ способовъ въ одно указываетъ на остатокъ старой выучки, когда о сходствѣ и идентичности способовъ судили не по ихъ замыслу, а лишь по очертанiю лоскутовъ. Предложенiе Пирогова положило начало новому костно-пластическому принципу оперированiя. Главное достоинство этого способа состояло въ томъ, что онъ

1) давалъ культю, опирающуюся на естественныя ткани при условіи спаиванья отдѣльныхъ костей стопы съ голенью, при чемъ внутренній рубецъ лежалъ не между мягкими частями и костью, какъ было до сихъ поръ, а въ самой кости и по этому былъ безболѣзненъ и 2) благодаря этому принципу конечность удлинялась на длину пересаженной кости. Едва-ли какой нибудь иной методъ когда либо вызывалъ такую бурю ожесточенной злобы, какъ методъ Пирогова. Французскіе и Англійскіе хирурги возстали противъ него и дѣлали все, чтобы дискредитировать эту операцію. Въ особенности выдѣлились въ этомъ отношеніи Malgaigne и Syme, увидѣвшіе въ методѣ Пирогова могущественнаго и побѣдоноснаго соперника своимъ способамъ. Syme выставлялъ опасность рецидива болѣзни на мѣстѣ соприкосновенія трущихся другъ о друга поверхностей костнаго распила въ случаяхъ ампутацій по поводу туберкулеза стопы, утверждая, что операція крайне затруднительна вслѣдствіе примѣненія цѣпочечной пилы, которая будто бы необходима при ней, и говорилъ, что двѣ поверхности костныхъ распиловъ вообще не могутъ сростись. Кромѣ того онъ приводилъ въ числѣ недостатковъ этого метода то, что при немъ опирается въ почву не пятка, а задняя часть стопы, обладающая тонкой кожей и не приспособленная, и вообще разсматривалъ предложеніе Пирогова, какъ признакъ слабыхъ и шаткихъ хирургическихъ началъ. „Онъ вѣрно изъ одной учтивости, говоритъ Пироговъ, постыдился бы такъ говорить, если бы зналъ, какъ я защищалъ его способъ вылущенія, когда инспекторъ Петербургскихъ госпиталей Н. Ф. Арендтъ хотѣлъ запретить эту операцію“.

Другой англійскій хирургъ Fergusson увѣрялъ, что Пироговъ самъ отказался отъ своей операціи. „Съ чего онъ это взялъ, говоритъ Пироговъ, Богу извѣстно; онъ судитъ по моему письму къ одному лондонскому врачу, освѣдомляющемуся у меня о результатахъ. Я не забочусь о нихъ, отвѣчалъ я, предоставляя рѣшить времени, годится ли моя операція или нѣтъ“.

Впрочемъ нужно отмѣтить, что не всѣ Англійскіе хирурги раздѣляли мнѣніе выше приведенныхъ: Busk, Kroft, Paget, Patridge и многіе другіе произвели ее до 1866 года въ общей сложности 58 разъ и пришли совершенно къ инымъ выводамъ.

Malgaigne, очевидно, въ тѣхъ же цѣляхъ, какъ и Syme стращаетъ читателя своей оперативной хирургіи омертвѣніемъ лоскута, не-

возможностью срощенiя, свищами и болью при хожденiи—„то есть именно тѣмъ, говоритъ Пироговъ, что почти никогда не встрѣчается“.

Въ Германiи отношенiе къ способу Пирогова было благопрiятнѣе, но не смотря на то, что ее практиковали такiе крупные хирурги, какъ Langenbeck, Linhart, Neudörfer, Chelius, Busch, Billroth и др., не смотря на то,что, оперированная по этому способу Chelius'омъ, дѣвушка могла придти изъ города въ клинику, хотя операцiя была произведена на обѣихъ ногахъ, способъ сначала распространялся довольно медленно. Посѣтивъ въ 1865 году 20 хирургическихъ клиникъ въ различныхъ германскихъ университетахъ, Пироговъ только въ 5-ти изъ нихъ встрѣтилъ оперированныхъ по своему методу. Тѣмъ не менѣе въ своихъ началахъ военно-полевой хирургiи, изданныхъ въ 1866 году онъ говоритъ, что его операцiя уже заняла почетное мѣсто въ хирургiи.

Хотя самъ Пироговъ и не считалъ возможнымъ возникновенiе натяженiя Ахиллова сухожилiя при достаточномъ отпилѣ голени и пяточной кости и не находилъ нужнымъ дѣлать тенотомiю Ахиллова сухожилiя, которую предлагали другiе авторы (Legouest), тѣмъ не менѣе самъ онъ предлагалъ спиливать заднiй край суставной поверхности большого берца наискось для избѣжанiя этого натяженiя. Вниманiе главнѣйшихъ послѣдующихъ авторовъ прежде всего было обращено на устраненiе именно этого натяженiя Уже вскорѣ послѣ опубликованiя этого способа Günther въ Лейпцигѣ произвелъ на трупѣ операцiю Пирогова съ косымъ распиломъ и предложилъ этотъ способъ для всѣхъ случаевъ. Кромѣ него косой распилъ производили Sédillot, Michaelis и др.

Хотя операцiя Пирогова послѣ введенiя въ практику сдѣлалась извѣстной во Францiи и нѣкоторые хирурги ее примѣняли, но въ общемъ она встрѣтила здѣсь, благодаря авторитету Malgaigne'я, очень холодный прiемъ. Въ 1871 году Pasquier изъ Metz'a предложилъ свою модификацiю этого способа при которой распилъ пяточной кости производился не вертикально или косвенно, а горизонтально. Черезъ 2 года этотъ же способъ былъ предложенъ профессоромъ Le Fort. Хотя право прiоритета несомнѣнно принадлежало Pasquier, но ввиду научнаго авторитета Le Fort'a и многочисленности его наблюденiй по поводу этой

операціи, по почину Farabeuf'а, имя его присоединено въ названіи этого способа къ имени Pasquier. Позднѣе Склифосовскій, Bruns и др. вносили частичныя измѣненія въ горизонтальный распилъ, но примѣненіе всѣхъ этихъ способовъ обыкновенно ограничивалось однимъ или нѣсколькими случаями, продѣланными самими авторами.

Эпоха появленія модификаціи Pasquier—Le Forta совпадаетъ съ началомъ распространенія въ хирургіи Листеровскаго принципа леченія ранъ. Распространеніе антисептическаго метода сразу дало себя почувствовать тѣмъ, что хирурги стали смѣлѣе въ своихъ модификаціяхъ. До этого хирурги, получая плохіе исходы ввидѣ септическихъ осложненій или даже смерти отъ той или другой ампутаціи стопы, приписывали ихъ самому методу, и часто нѣкоторыя операціи оставлялись совершенно не заслуженно только потому, что судьбѣ было угодно связать ихъ съ большимъ числомъ септическихъ осложненій. Съ введеніемъ въ практику антисепсиса ампутаціи стопы начинаютъ оцѣниваться уже по цѣлесообразности въ смыслѣ функціи, а не по смертности. Каждый кусокъ оставшейся здоровой кости разсматривается именно съ этой точки зрѣнія и утилизируется для образованія опоры и удлиненія конечности. Въ основу дальнѣйшаго развитія методики ампутаціи стопы легли два главнѣйшихъ принципа: антисептика и остеопластика. Съ тѣхъ поръ остеопластическій принципъ порождаетъ все новые и новые способы и трудно предсказать предѣлы въ этомъ направленіи, такъ какъ при случаѣ, каждая пядь стопы можетъ быть использована въ этомъ смыслѣ.

Нужно сказать, что и старые способы Malgaigne'я и Syme'a тоже были модифицированы въ смыслѣ остеопластическаго метода. Подтаранное вылущеніе было соединено съ операціей Пирогова (Hancock), Mikulicz'a (Сабанѣевъ) и др. кромѣ того въ 1881 году Tripier предложилъ оставлять въ культѣ кромѣ таранной кости еще верхнюю пластинку пяточной, создавъ такимъ образомъ переходную ступень между операціями Chopart'a и Malgaigne'я. Barton, Chaput, Bauer и др. выступили сторонниками этого предложенія.

Операція Syme'a также была модифицирована. Въ 1868 году Masson, ученикъ Ollier, описалъ способъ послѣдняго поднадкостничной ампутаціи стопы съ пяточнымъ лоскутомъ. По La Bon-

nardière, снова выдвинувшему этотъ способъ въ 1897 году, онъ даетъ прекрасные результаты. Кромѣ того въ послѣднее время Moshcowicz предложилъ иное видоизмѣненіе способа Syme'a, при которомъ изъ наружной лодыжки вынимается клинъ и оставшіеся костноперіостальные концы сшиваются, а внутренняя лодыжка сбивается съ наружной стороны и пригибается къ суставной поверхности большеберцовой кости. При этомъ способѣ скелетъ культи всюду оканчивается на хрящъ и надкостницу.

Пироговская операція вызвала къ жизни цѣлый потокъ различныхъ модификацій, которыя, отличаясь между собой по положенію лоскута и методикѣ, имѣютъ въ основаніи туже костнопластическую идею. Прежде всего нужно упомянуть такіе способы, которые въ сущности представляютъ болѣе простыя модификаціи Пироговскаго способа, при чемъ въ силу необходимости (при гангренѣ, травмахъ и т. д.) лоскутъ выкраивается снаружи или снутри вмѣстѣ съ соотвѣтственнымъ отрѣзкомъ пяточной кости.

Для внутренней стороны такой способъ былъ предложенъ въ 1886 году профессоромъ Тауберомъ, для наружной въ 1889 году Eiselsberg'омъ. Но въ виду того, что показанія для этихъ операцій бываютъ очень рѣдко, распространенія онѣ получить не могли.

Къ слѣдующей категоріи относятся модификаціи, намѣченныя еще самимъ Пироговымъ и заключающія соединеніе основного способа съ подтараннымъ вылущеніемъ. Еще въ „Началахъ военно-полевой хирургіи“ Пироговъ предлагаетъ такое соединеніе. „Можно бы напримѣръ, говоритъ онъ, вскрывъ суставъ таранной кости съ пяточной, спилить и выровнять нижнюю сторону таранной кости, а потомъ приложить къ ней задній лоскутъ съ кускомъ пяточной кости. Передній, тыльный лоскутъ въ такомъ случаѣ слѣдовало бы сдѣлать гораздо длиннѣе“. Этой идеей, какъ упомянуто выше, воспользовался Hancock и произвелъ одинъ разъ еще въ 1866 году такую операцію, но съ тѣхъ поръ модификація эта не примѣнялась. Ей на смѣну въ послѣднее время выступилъ способъ, соединявшій операцію Malgaigne'я съ Pasquier-Le Fort'овской модификаціей Пироговскаго метода.

Въ 1890 г. Кранцфельдъ предложилъ свой способъ—amputatio talocalcanea osteoplastica, въ которомъ при amputatio talo-calcanea

костнопластическая спайка производится между таранной и пяточной костями, при чемъ горизонтально спиливается нижняя часть первой и верхняя часть второй. Такой же способъ, но со спайкою между больше-берцовой костью и таранной предложилъ въ 1887 году Faure, при чемъ онъ отпиливалъ верхнюю часть таранной кости и нижній конецъ голени. Операціи по этимъ послѣднимъ способамъ предпринимались при недостаткѣ мягкихъ частей впереди сочлененія Chopart'съ цѣлью укороченія скелета культи, чтобы сдѣлать возможнымъ прикрытіе раны короткимъ лоскутомъ.

При всѣхъ вышеуказанныхъ модификаціяхъ и при самой Пироговской операціи повреждаются эпифизы костей голени и такимъ образомъ является возможность нарушенія роста костей голени у молодыхъ субъектовъ. Это обстоятельство вызвало слѣдующую категорію модификацій Пироговскаго метода, при которыхъ эпифизы костей голени остаются нетронутыми и отрѣзокъ пяточной кости вставляется въ межлодыжковую нишу голени.

Первымъ, предложившимъ такую операцію, былъ американскій врачъ Isaac Quimby, если не считать Vincent'a Kern'a, примѣнявшаго этотъ способъ, повидимому ещё въ 1805 году. Quimby измѣнилъ способъ Пирогова тѣмъ, что вставилъ у 10-ти лѣтняго мальчика Пироговскій отрѣзокъ пяточной кости въ нетронутую межлодыжковую нишу голени. Этотъ способъ, давшій хорошій результатъ, не былъ ни разу примѣненъ въ теченіи четверти вѣка. Лишь въ 1889 году Разумовскій воспользовался принципомъ Quimby, при чемъ видоизмѣнилъ въ этомъ смыслѣ способъ Таубера. Эта прекрасная операція, давшая автору хорошій исходъ, тѣмъ не менѣе въ послѣдующіе 18 лѣтъ распространенія не получила, такъ какъ показанія къ ней попадаются довольно рѣдко. Но за то эта мысль послужила толчкомъ къ измѣненію по принципу Quimby—Разумовскаго и другихъ модификацій Пироговскаго метода. Въ 1897 году Кофманъ описалъ два случая, оперированные,—первый Юзефовичемъ въ 1893 году и второй—Зильбербергомъ въ 1897 году, въ которыхъ отрѣзокъ пяточной кости при Le Fort'овскомъ распилѣ былъ вставленъ межъ нетронутыхъ лодыжекъ голени. Результатъ получился хорошій и вызвалъ подражателей въ лицѣ Samphirescu и Solomovici, съ тою разницей, что эти авторы удаляли хрящъ съ межлодыжковой суставной ниши, чтобы добиться неподвижности пяточнаго отрѣзка. Двумя годами раньше Küster

въ 1895 году произвелъ подобную же операцiю по болѣе простому способу: удаливъ таранную кость, онъ вставилъ пяточную кость, отпиливъ ея переднiй конецъ, въ нетронутую междолыжковую нишу голени. Этой операцiей вводится въ методику ампутацiи совершенно новый принципъ, на основанiи котораго приводятся въ соприкосновенiе двѣ чуждыя другъ другу сочленовныя поверхности, образующiя новый суставъ. Въ томъ же 1895 году Вреденъ, какъ было выше сказано, предложилъ модификацiю операцiи Chopart'a съ удаленiемъ таранной кости. Laguaite, Laboulay, Patel и въ особенности Ricard явились сторонниками этого способа. Слiянiе операцiи Chopart'a съ операцiей удаленiя таранной кости создало соединительное звено между операцiями Chopart'a и Pasquier—Le Fort'a, соединяя ихъ преимущества и устраняя недостатки и этимъ обстоятельствомъ можно объяснить тотъ интересъ, который проявляется въ настоящее время къ описываемой модификацiи. При всѣхъ вышеупомянутыхъ костнопластическихъ способахъ опорный лоскутъ берется съ задней или боковыхъ сторонъ подошвы. Передняя часть стопы была не использована для этой цѣли. Для больныхъ, у которыхъ было обширное пораженiе пятки, связанное съ пораженiемъ ея кожи оставалась только ампутацiя голени. Первымъ воспользовался переднею частью стопы въ этомъ смыслѣ русскiй хирургъ Владимiровъ, прикрѣпившiй въ видѣ подошвеннаго лоскута къ Пироговскому распилу голени не отрѣзокъ пяточной кости, а всю переднюю часть стопы, начиная съ середины ладьевидной и кубовидной костей. Въ литературѣ впрочемъ есть указанiе на предложенiе близкое къ этому способу. А именно, въ British med. Journal въ 1888 году появилось письмо Lowson'a, въ которомъ сообщается, что Syme въ 1865—66 году произвелъ съ успѣхомъ операцiю вродѣ Владимiровской у молодой женщины. Но указанiе это крайне неопредѣленно и не содержитъ точнаго описанiя случая. Несомнѣнно, что основною мыслью этой операцiи была идея, данная Пироговымъ, и способъ Владимiрова конечно ближе къ Пироговскому, чѣмъ операцiя Syme'a. Операцiя эта была выполнена Владимiровымъ 2-го марта 1871 года и онъ описалъ ее въ 1872 году въ своей диссертацiи. Въ томъ же году онъ сдѣлалъ докладъ объ этомъ способѣ медицинскому обществу въ Казани и въ слѣдующемъ году—4-му съѣзду русскихъ врачей и естествоиспытателей. Это сообщенiе не прошло въ Рос-

сіи незамѣченнымъ. Не говоря уже о работахъ и докладахъ, посвященныхъ ей, какъ напр. докладъ Костарева Московскому хирургическому обществу въ 1873 году 26-го февраля, сопровождавшійся оживленными дебатами, идея Владимирова нашла подражателя въ лицѣ доктора Савостицкаго, который съ успѣхомъ произвелъ эту операцію въ 1875 году. Ближайшимъ русскимъ авторамъ этотъ случай остался неизвѣстнымъ, и Монастырскій въ 1886 году категорически заявляетъ, что съ 1871 до 1888 года операція Владимирова не повторялась ни разу. 7-го сентября 1880 года операція по такому способу съ нѣкоторыми уклоненіями была произведена Mikulicz'емъ, бывшимъ въ то время ассистентомъ профессора Billroth'a; объ этомъ случаѣ было доложено 28-го января 1881 года Вѣнскому медицинскому обществу и въ томъ же году 10-му конгрессу нѣмецкихъ хирурговъ. Справедливость требуетъ отмѣтить, что въ общую практику описываемая операція вошла, благодаря сообщенію Mikulicz'a, и слѣдующіе, случаи ея даже русскими хирургами (Склифосовскій, Монастырскій, Домбровскій) сдѣланы были скорѣе, повидимому, подъ вліяніемъ этого автора. Надо думать, что Mikulicz, не знавшій русскаго языка, дошелъ до этого способа совершенно самостоятельно, и поэтому сама операція справедливо названа операціей Владимирова—Mikulicz'a. Такое названіе вошло въ общее употребленіе съ международнаго конгресса въ Копенгагенѣ, гдѣ Lauenstein демонстрировалъ одного больного, оперированнаго по этому способу. Присутствовавшій на съѣздѣ профессоръ Склифосовскій заявилъ, что описываемая операція давно извѣстна въ Россіи.

Операція Владимирова—Mikulicz'a послѣ 1881-го года была производима въ видѣ отдѣльныхъ случаевъ, число которыхъ увеличивается постепенно, но начиная съ 1885 года, число ихъ начинаетъ быстро возрастать. Съ 1885 до 1890 года оно достигаетъ наибольшей цифры, послѣ чего опять начинаетъ падать. Изъ 83 случаевъ, годъ операціи которыхъ извѣстенъ, 48 (57%) приходится на это пятилѣтіе, тогда какъ за время съ 1871 года до 1885 сдѣлано всего 16 (19%), а съ 1890 до 1907 года 19 (22%).

Эта операція заслуженно получила широкое распространеніе, при чемъ усилія послѣдующихъ авторовъ (Kraevski, Jaboulay и Laguaite, Korzeniowski, Lotheisen, Ollier, Kocher и др.) были направлены на то, чтобы, измѣнивъ соотвѣтственнымъ образомъ направленіе разрѣза, отодвинуть его къ серединѣ подошвы и та-

кимъ образомъ избѣжать раненiя задне-большеберцоваго сосудисто-нервнаго пучка.

Кромѣ того размѣры резецированной части увеличивались и измѣнялись, сообразно поврежденiямъ. Zoege—v. Manteuffel въ 1888 году предложилъ въ случаѣ цѣлости пяточной кости и разрушенiя костей голени, зашедшаго далеко кверху и кзади, спиливать верхнюю часть calcanei и заднюю пластинку его вмѣстѣ съ подошвеннымъ лоскутомъ и переднимъ отрѣзкомъ стопы прилаживать къ уцѣлѣвшей части больше берцовой кости. Gutsch въ 1886 году расширилъ показанiя къ этой операцiи, примѣнивъ ее въ случаѣ съ весьма распространеннымъ пораженiемъ костей голени и стопы. Въ своемъ случаѣ онъ удалилъ 7 сантиметровъ костей голени и весь среднiй отдѣлъ кости, включая ладьевидную кость и присоединилъ къ отпилу голени остатки кубовидной и клиновидныхъ костей.

Corzeniowski, Kraevski, Дьяконовъ, Тиховъ и др. пошли еще дальше въ этомъ направленiи, сдѣлавъ усѣченiе стопы въ костяхъ metatarsi и клиновидныхъ, а также однихъ метатарзальныхъ, остатки которыхъ были приставлены къ распилу голени.

Въ 1885 году Caselli воспользовался операцiей Владимирова—Mikulicz'а для удлиненiя укороченной конечности, сдѣлавъ эту операцiю по обычному типу. Послѣ него рядъ хирурговъ (Mikulicz, Samter и др.), въ видахъ наибольшаго консерватизма и съ цѣлью добиться maximum'а удлиненiя стопы, производитъ распилъ костей стопы черезъ таранную и пяточную,и наконецъ въ послѣднее время Тиховъ, при операцiи съ ортопедической цѣлью, сбиваетъ только хрящевой слой съ межлодыжковой суставной ниши и тонкую пластинку кости съ заднихъ поверхностей таранной и пяточной костей. Кромѣ того надо отмѣтить стремленiе ряда хирурговъ (Kümmel, Negretto и др.) видоизмѣнить операцiю Владимирова-Mikulicz'а, поставивши переднiй отрѣзокъ стопы подъ прямымъ угломъ къ освѣженной соотвѣтственной части голени и предложенiе Сабанѣева соединить эту операцiю съ подтараннымъ вылущенiемъ, при чемъ стопа точно также устанавливалась къ голени подъ прямымъ угломъ. Можно сказать, что къ 1897 году всѣ части стопы, кромѣ ея тыла, были использованы въ смыслѣ костной пластики при ампутацiи стопы. Въ 1897 году Московская госпитальная клиника, въ лицѣ профессора Левшина и доктора Спасокукоцкаго, предложила новое примѣненiе костнопластическаго

принципа Пирогова, при чемъ кожно-мышечно-костный лоскутъ берется съ тыла стопы, содержа въ себѣ верхніе отрѣзки наружной половины ладьевидной, двухъ клиновидныхъ и основаній 2-ой и 5-ой костей metatarsi. Въ литературѣ, кромѣ сообщенія въ диссертаціи Tanaka Kiichi, вышедшей въ 1902 году, о томъ, что Bier въ нѣсколькихъ случаяхъ бралъ подобный лоскутъ съ тою же цѣлью, нѣтъ никакихъ указаній на чьи либо попытки въ этомъ родѣ и такимъ образомъ право первенства московской госпитальной клиники относительно этой операціи установлено прочно. Способъ собственно д-ра Спасокукоцкаго, опубликованный въ томъ же 1897 году, представляетъ модификацію въ томъ смыслѣ, что, кромѣ вышеупомянутыхъ частей въ лоскутѣ оставляются пальцы и передніе концы костей metatarsi.

Хотя на стопѣ не осталось ни одной пяди, которая не была бы использована въ смыслѣ остеопластики, но законченнымъ усовершенствованіе методики ампутацій стопы считать нельзя. Время выдвигаетъ все новыя, и новыя, самыя неожиданныя комбинаціи и конца движенію впередъ не предвидится, потому что при ампутаціи стопы цѣль опредѣленна и ясна дать устойчивость и крѣпость культѣ, а для этого пользоваться можно и должно каждой уцѣлѣвшей костью. Не могу не указать въ этомъ смыслѣ на способъ д-ра Войно, воспользовавшагося съ хорошимъ результатомъ уцѣлѣвшей 1-ой костью metatarsi и приладившаго ее поперекъ къ распилу стопы на уровнѣ сустава Lisfranc'а. Этотъ способъ далъ больному широкую подвижную стопу вмѣсто Пироговской культи, которая одна только оставалась возможной. Способомъ Войно открывается новый, совершенно правильный и цѣлесообразный путь костнопластической защиты костныхъ отпиловъ передняго конца культи. Число ампутацій выбора (amputationes electionis) въ особенности въ переднемъ отдѣлѣ стопы въ настоящее время сильно сократилось; большинство ампутацій превратилось въ ампутаціи необходимости (amputationes necessitatis) и всегда нужно имѣть ввиду, что каждый кусокъ остова стопы можно съ пользой для оперируемаго такъ или иначе приладить къ остающейся культѣ.

Остается упомянуть еще объ одной области примѣненія костнопластическихъ ампутацій на стопѣ, разработка которой составляетъ пріобрѣтеніе, собственно, послѣдняго двадцатилѣтія— о такъ называемыхъ остео-дермо-пластическихъ ампутаціяхъ стопы.

Идея воспользоваться мягкими частями культи для прикрытія не заживающихъ язвъ голени, принадлежитъ Keetley и относится къ 1887 году. Вначалѣ эта операція состояла изъ дермопластической ампутаціи стопы. Keetley произвелъ въ своемъ случаѣ съ хорошимъ исходомъ операцію Syme'a и, выкроивъ лоскутъ во всю длинну подошвы, закрылъ имъ язву голени. Въ слѣдующемъ 1888 году Rydygier произвелъ ужъ настоящую остео-дермо-пластическую операцію Пироговскиго типа, прикрывъ длиннымъ подошвеннымъ лоскутомъ язву на голени, съ хорошимъ исходомъ. Въ 1890 году Bogdanick и Schinzinger подвергли такой модификаціи ампутацію Chopart'a. Наконецъ Niché описываетъ такой случай примѣненія съ этой цѣлью операціи Владимирова—Mikulicz'a, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ была прикрыта язва на задней поверхности голени.

Въ Россіи первымъ сдѣлалъ остео-дермо-пластическую операцію Пироговскаго типа Матвѣевъ въ 1893 году и въ настоящее время этотъ видъ ампутацій ввиду прекрасныхъ исходовъ заслуженно получилъ право гражданства среди другихъ ампутацій стопы.

Оглядываясь на исторію развитія методики ампутацій стопы, мы можемъ раздѣлить ее на 4 главныя, послѣдовательно смѣнявшія одна другую, эпохи: 1-ая эпоха—отъ временъ древности до 2-й половины 18 вѣка—обнимаетъ младенческій періодъ развитія методики ампутацій стопы. Въ эту эпоху хирурги заботились только объ отнятіи заболѣвшей части конечности, обращая мало вниманія на анатомическія условія оперируемой области и совершенно не интересуясь послѣдующей функціей культи. Во 2-ю эпоху—со 2-ой половины 18 вѣка до средины 19 т. е. до введенія въ методику ампутацій костнопластическаго принципа—накопившійся опытъ и анатомическія познанія ложатся въ основу ученія объ ампутаціяхъ. Хирурги начинаютъ ампутировать по опредѣленнымъ, указываемымъ самой природой, линіямъ, руководствуясь точнымъ знаніемъ анатомическихъ отношеній конечностей. 3-я эпоха, которую можно характеризовать введеніемъ въ практику ампутацій костнопластическаго принципа, отличается отъ предыдущей тѣмъ, что здѣсь, вопреки естественному расположенію тканей, создаются искусственныя анатомическія отношенія, способныя дать больному человѣку годную къ употребле-

нію культю. Въ 4-ю, современную намъ эпоху этотъ принципъ расширился во всѣхъ направленіяхъ, вошелъ основаніемъ въ ампутаціи всѣхъ частей стопы и выдвинулъ на первый планъ послѣдующую функцію стопы, какъ мѣрило цѣлесообразности методовъ. Въ заключеніе мы считаемъ нужнымъ сказать, что обиліе способовъ ампутацій стопы, разобранныхъ нами въ ихъ преемственной связи, не является какою либо случайностью. Главная функція стопы—служить подставкой для тѣла—проста и легко достижима; возможность приспособленія больного къ остающейся культѣ велика, такъ что изъ каждой части стопы можно создать удобную и полезную опору для тѣла; въ виду этого развитію новыхъ методовъ въ области ампутацій стопы едвали можно предвидѣть скорый конецъ. Въ этомъ отношеніи верхняя конечность находится въ худшихъ условіяхъ, чѣмъ нижняя, потому что культя первой должна удовлетворять гораздо большимъ требованіямъ и работоспособность ея безъ протеза достижима только въ самыхъ узкихъ предѣлахъ; съ потерей пальцевъ она безвозвратно пропадаетъ. Принимая во вниманіе все вышесказанное, нужно отмѣтить, что въ настоящее время смотрѣть на ампутацію стопы, какъ на простое отнятіе больной конечности, нельзя. Такое назначеніе ампутацій, съ введеніемъ въ практику болѣе совершенныхъ методовъ леченія, отступаетъ все болѣе и болѣе на задній планъ, ампутація же начинаетъ получать на ряду съ первымъ значеніемъ еще и иное: ея цѣлью является столько же удаленіе заболѣвшей части конечности, сколько созданіе полезной и работоспособной культи изъ негодной къ употребленію, тяготящей больного, стопы и съ этой точки зрѣнія съ ампутаціей стопы, какъ методомъ леченія, можно помириться на долгіе и долгіе годы.

ГЛАВА II.

Общія замѣчанія о строеніи и функціяхъ стопы.

Человѣческая стопа предназначена для того, чтобы служить подставкой тѣлу, выдерживать тяжесть его при стояніи и помогать человѣку передвигаться при ходьбѣ. Кромѣ того, стопа служитъ однимъ изъ многочисленныхъ рессорныхъ приспособленій человѣческаго организма, предназначенныхъ для возможно большаго ослабленія сотрясеній при толчкахъ во время ходьбы и бѣга. При быстрыхъ движеніяхъ, сопряженныхъ съ внезапнымъ усиленнымъ нагруженіемъ нижнихъ конечностей, какъ, на прим., при прыжкахъ, стопѣ задается работа, требующая чрезвычайной упругости и твердости.

Устройство стопы приспособлено вполнѣ, чтобы служить вышеописаннымъ цѣлямъ. Стопа представляетъ сложную архитектурную постройку, состоящую изъ отдѣльныхъ костей, подвижныхъ одна относительно другой и связанныхъ между собой живымъ мышечно-связочнымъ аппаратомъ: она состоитъ изъ трехъ отдѣловъ: задняго (talus, calcaneus), средняго (ossa naviculare, cuboideum, cuneiformia) и передняго (ossa metatarsi и пальцевыя фаланги). Для устойчивости и крѣпости нагруженной стопы, находящейся въ обычномъ положеніи, главное значеніе имѣютъ первые два отдѣла, 3-ій отдѣлъ не такъ важенъ и получаетъ большое значеніе при подниманіи стопы на носокъ. По Lorenz'у, кости стопы расположены 2-мя продольными рядами, кзади заканчивающимися пяточной и таранной костями. Внутренній рядъ состоитъ изъ таранной кости и, примыкающей къ ней, ладьеобразной съ тремя клиновидными и соотвѣтственными плюсневыми костями. Наружный рядъ состоитъ изъ пяточной, кубовидной и 2-хъ наружныхъ плюсневыхъ костей. Въ переднемъ и среднемъ отдѣлѣ эти два свода расположены рядомъ, конечныя же заднія ихъ кости расположены одна на другой, такъ что таранная кость лежитъ на пяточной. Вся система касается горизонтальной пло-

скости пяточнымъ бугромъ и головками плюсневыхъ. Сводообразное строеніе придаетъ стопѣ только наружный рядъ, такъ какъ, составляющія его, кости залегаютъ ввидѣ клиньевъ одна на другой, мало подвижны и связаны сильнымъ связочнымъ аппаратомъ (l. calcaneo-cuboideum plantare); внутренняя дуга задней своей костью, таранной, опирается на пяточную, такъ что тяжесть внутренней дуги давитъ на наружную. Внутренняя дуга состоитъ изъ костей, соединенныхъ болѣе подвижно. Стрѣлка наружнаго свода находится не на срединѣ его, а кзади отъ нея въ самой высокой точкѣ пяточно-кубовиднаго сочлененія, и внутренняя дуга опирается на наружную не на стрѣлкѣ, а кзади отъ нея, на верхней сочленовной поверхности пяточной кости, приблизительно въ средней трети calcanei.

По Szymanovsky, стопа представляетъ нишевидный сводъ, развернутый кнутри и 2 стопы, составленнныя вмѣстѣ подъ угломъ въ 25^0 образуютъ куполъ, по основанію котораго расположены опорныя точки сводовъ обѣихъ стопъ. Къ этой теоріи присоединяются Luschka, Aeby и Meyer. Послѣдній авторъ считаетъ, что стопа представляетъ 2 свода: внутренній, болѣе высокій и наружный, болѣе низкій. Переднюю точку опоры внутренней дуги представляетъ головка первой плюсневой кости, наружной дуги—бугорокъ 5-ой плюсневой, лежащій въ сторонѣ отъ середины разстоянія между пяточнымъ бугромъ и головкой I-ой плюсневой кости. Ранѣе этотъ авторъ считалъ опорною точкою стопы не бугорокъ, а головку 5-ой плюсневой кости. Эта точка весьма подвижна, въ отличіе отъ первыхъ двухъ мало подвижныхъ. Когда стопа ставится на землю, первымъ опирается наружный край стопы, лежащій ниже; при этомъ онъ не удерживаетъ стопы, которая продолжаетъ опускаться до тѣхъ поръ, пока другія опорныя точки, одновременно или одна за другой коснутся земли. Стопа представляетъ сводъ и въ продольномъ, и въ поперечномъ направленіяхъ, слѣдовательно, она является, собственно, сводомъ сферическимъ съ половинной кривизной въ поперечномъ направленіе т. е. нишевымъ сводомъ, обращеннымъ широкимъ отверстіемъ кнутри.

По Henle, кости стопы представляютъ поверхность, выгнутую сводомъ въ продольномъ и поперечномъ направленіи; на верхушку свода опирается голень. Стопа опирается въ землю сзади краемъ пяточной кости, спереди передними концами 2-ой и 3-ьей

плюсневыхъ костей. Кости задняго отдѣла стопы лежатъ одна на другой, а передняго отдѣла одна возлѣ другой, на подобiе вѣера. По длинѣ стопа дѣлится на 2 части; одна соотвѣтствуетъ внутреннимъ 3-мъ пальцамъ, другая 2-мъ наружнымъ и въ заднемъ отдѣлѣ стопы внутренняя часть лежитъ на наружной.

Кадьянъ, приведя въ своей работѣ описанiя стопы у различныхъ авторовъ, находитъ, что относительно стопы, какъ цѣлаго нѣтъ детальныхъ изслѣдованiй; авторы, по большей части, ограничиваются общими разсужденiями, не идя дальше остроумныхъ сравненiй стопы съ различными архитектурными постройками.

На основанiи своихъ изслѣдованiй, Кадьянъ приходитъ къ выводу, что стопа образуетъ въ продольномъ направленiи сводъ, расположенный сзади по дугамъ кривыхъ различныхъ радiусовъ, а спереди по параболѣ; въ поперечномъ же направленiи сводъ гиперболическiй. Тыльная поверхность стопы представляетъ изъ себя часть поверхности конуса. Связки и апоневрозъ должно считать составными частями свода стопы. Въ общемъ же, сводъ стопы не можетъ считаться архитектурнымъ сводомъ; изъ существующихъ построекъ онъ болѣе всего подходитъ къ типу, такъ называемыхъ systèmes articulés (стропилы). Стопа представляетъ упругую арку съ основанiемъ, стянутымъ затяжкой (aponeurosis plantaris) и отъ этой затяжки, какъ въ стропильныхъ и т. п. системахъ идутъ подпорки къ аркѣ. Роль этихъ подпоръ играютъ сухожильныя перемычки, связывающiя подошвенный апоневрозъ съ костями и прiобрѣтающiя особенную силу вслѣдствiе прикрѣпленiя къ нимъ мышцъ.

Насколько разнообразны мнѣнiя авторовъ насчетъ устройства стопы, какъ цѣлаго, настолько же различны они насчетъ тѣхъ опорныхъ точекъ, на которыя опирается стопа. По Hyrtl'ю, Henle, Hancock'у и др. опорными точками являются пяточный бугоръ сзади и спереди головки всѣхъ 5-ти плюсневыхъ, образующихъ, такъ сказать, переднюю линiю опоры. Luschka, Szymanovsky и др., кромѣ вышеупомянутыхъ, считаютъ точкой опоры и 5-ую плюсневую кость. Послѣднiй авторъ въ особенности указываетъ на бугорокъ 5-ой плюсневой кости. Meyer, Volkmann, Tillaux и др. принимаютъ 3 точки опоры: бугоръ пяточной кости, сесамовидныя косточки подъ головкой 1-ой плюсневой кости и головку 5-ой плюсневой кости, хотя Meyer, какъ было сказано, сталъ придавать впослѣдствiи большее значенiе бугорку 5-ой плюсневой кости.

По Beely, точки опоры стопы при стояніи на обѣихъ ногахъ и одной ногѣ различны; въ первомъ случаѣ тѣло опирается на 4 точки: на обѣ пятки и на головки 2-ой и 3-ьей плюсневой, считая послѣднія за одну точку; во 2-мъ случаѣ къ этимъ точкамъ опоры присоединяется бугорокъ 5-ой плюсневой кости и такимъ образомъ для одной стопы получается 3 точки опоры. По Кадьяну, опорными точками служатъ внутренній пяточный бугоръ, сесамовидныя косточки, головки 4-ой и 5-ой, а часто 2-ой и 3 ьей плюсневой.

Въ болѣе позднее время Muskat, на основаніи Рентгеновскихъ снимковъ съ нагруженной стопы, пришелъ къ выводу, что опорными точками стопы служатъ кромѣ пяточнаго бугра только головки 2-ой и 3-ьей плюсневыхъ, и наконецъ Hans Virchow, тоже на основаніи Рентгеновскихъ снимковъ, заключаетъ, что ненагруженная стопа покоится на 3-хъ точкахъ: пяточномъ бугрѣ, сесамовидныхъ косточкахъ перваго пальца и половинѣ 5-ой плюсневой кости, при нагруженіи стопы, головки среднихъ плюсневыхъ костей, до сихъ поръ приподнятыя, вклиняются между 1-ой и 5-ой плюсневыми и опираются въ почву. Вышеописанныя точки опоры являются пунктами только наибольшаго давленія стопы на почву, обыкновенно же, касается почвы почти вся стопа своей подошвой. При ходьбѣ по не неровной почвѣ, при различныхъ сложныхъ, сочетанныхъ движеніяхъ, стопа мѣняетъ точки опоры, приспособляясь къ обстоятельствымъ, напримѣръ, при ходьбѣ наноскахъ, точками опоры становятся головки всѣхъ плюсневыхъ костей и концы всѣхъ пальпевъ и т. п. Тѣмъ не менѣе каждая стопа является совершенно устойчивой, обладая тремя точками опоры или задней точкой и передней линіей опоры, обѣ же стопы, взятыя вмѣстѣ становятся еще устойчивѣе.

Но для устойчивости всего тѣла необходимо, чтобы проэкція центра тяжести его пересѣкала горизонтальную плоскость между точками опоры. По мнѣнію братьевъ Weber, вертикальная плоскость, на которой лежитъ центръ тяжести, проходитъ черезъ ось голеностопнаго сустава. Meyer переноситъ его впередъ на 3 сант. отъ линіи, соединяющей верхушки наружныхъ лодыжекъ Harless и Szymanovsky пріурочиваютъ плоскость, на которой лежитъ центръ тяжести къ шейкѣ таранной кости. По Vierordt'у проекція центра тяжести человѣческаго тѣла, при стояніи на обѣихъ ногахъ, находится вообще внутри пространства, ограни-

ченнаго обѣими подошвами. При стоянiи на одной ногѣ въ области голеностопнаго сустава и т. д.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что, чѣмъ больше разстоянiе между точками опоры стопы, тѣмъ стопа и, вообще все тѣло устойчивѣе. Слѣдовательно, большое значенiе имѣетъ величина всей опорной площади стопы. Я измѣрилъ площадь опоры стопы по оттиску слѣда у 25-ти нормальныхъ мужчинъ средняго тѣлосложенiя въ возрастѣ старше 25-ти лѣтъ. Въ среднемъ площадь эта равна 102 кв. с.

Обычный оттискъ слѣда нормальной стопы представляетъ 2 большихъ площадки, соотвѣтствующихъ пяткѣ и головкамъ плюсневыхъ костей, и перешеекъ между ними съ наружной стороны, соотвѣтственно наружной части кубовидной кости и 5-ой плюсневой кости; пальцы также входятъ въ общую площадь слѣда, составляя ея продолженiе.

Устойчивость стопы важна для одной изъ главныхъ функцiй ея—служить подставкой тѣлу и сводообразное устройство стопы помогаетъ этому, но кромѣ того это сводообразное устройство имѣетъ и другую цѣль—придать подставкѣ наибольшую упругость. Дѣйствительно, какъ мы видѣли выше, изъ двухъ продольныхъ дугъ, составляющихъ продольный же сводъ стопы, наружная опирается концевыми точками въ землю, внутренняя же однимъ концомъ въ землю, а другимъ на выпуклость наружной дуги, а уже на верхнюю точку этой внутренней дуги опирается, при посредствѣ голени, и все туловище; кости, составляющiя обѣ дуги, связаны крѣпкимъ связочнымъ и живымъ мышечнымъ аппаратомъ и эластично подвижны, прикасаясь одна къ другой гладкими хрящевыми поверхностями. Такимъ образомъ въ каждой стопѣ образуется изъ двухъ гибкихъ и упругихъ дугъ, какъ бы двойная рессора, на которую опирается человѣческое тѣло. Но прочность этой рессоры такъ велика, что сводъ стопы, по изслѣдованiямъ Кадьяна, при давленiи на него уплощается очень незначительно, и слѣдовательно, вполнѣ способенъ продолжительное время выдерживать давленiе большой тяжести. Прочность эта обусловлена могучимъ связочнымъ аппаратомъ, связывающимъ и отдѣльныя кости между собой, и весь сводъ, какъ цѣлое. Кромѣ того въ поддержанiи свода, по мнѣнiю Кадьяна, играютъ существенную роль мышцы, которыя, сокращаясь, не позволяютъ расходиться его основанiю, а также, при-

рѣпляясь къ апоневрозу и связкамъ, напрягаютъ ихъ и придаютъ имъ силу.

Насколько важны для устойчивости стопы цѣлесообразное устройство свода и его прочность, настолько же важенъ для ея подвижности суставной аппаратъ, соединяющій между собой кости стопы.

Главное значеніе для подвижности стопы имѣетъ суставъ, или лучше сказать, суставная система между голенью и стопой, въ которой происходятъ главныя движенія стопы.

Голеностопнымъ суставомъ по Meyer'у въ тѣсномъ смыслѣ можетъ называться суставъ между голенью и таранной костью, но такъ какъ ни одинъ мускулъ, приводящій въ движеніе стопу, не прикрѣпляется къ таранной кости, то въ движеніяхъ стопы принимаютъ участіе и суставы между таранной костью, и передней частью стопы и такимъ образомъ таранная кость есть собственно менискъ. Суставъ между голенью и таранной костью, по мнѣнію Meyer'a, есть gynglimus, но суставная поверхность таранной кости сочленяется съ голенью не только периферіей суставнаго валика, но и основаніями его. Валикъ таранной кости кзади уже, чѣмъ кпереди, такъ что обѣ лодыжки, если онѣ тѣсно прилежатъ къ соотвѣтственнымъ поверхностямъ таранной кости, приближаются другъ къ другу при опусканіи конца стопы болѣе, чѣмъ при подыманіи его. Кромѣ того движеніе больше-берцовой кости по таранной не есть одно только чистое сгибаніе, а связано съ горизонтальной ротаціей, и центръ, и ось которой лежатъ на малоберцовой кости; чтобы доказать это, Meyer сдѣлалъ гипсовый слѣпокъ отдѣльно съ таранной кости и межлодыжковой ниши голени и, пробивъ въ послѣдней отверстіе, начертилъ черезъ него линіи движенія, двигая одну часть сустава вокругъ другой, полученныя такимъ образомъ линіи конвергируютъ кнаружи.

Еще одной важной особенностью описываемаго сустава является, какъ отмѣтилъ Langer, то, что верхняя поверхность таранной кости представляетъ собой винтъ (это обстоятельство особенно ясно у лошади), причемъ отклоненіе направляющей линіи отъ линіи перпендикулярной къ оси выражается по Langer'у 8^0.

Meyer согласенъ относительно винтового хода направляющей линіи съ Langer'омъ.

Большинство авторовъ (Hüter, Henke, Aeby и др.) считаютъ голеностопный суставъ, состоящимъ изъ двухъ частей.

Hüter дѣлитъ его на первый, между голенью и таранной костью, цилиндрическiй, дающiй тыльное и подошвенное сгибанiе, и второй, состоящiй, собственно, изъ двухъ суставовъ art. talo-calcaneo navicularis и art. talo-calcanea, имѣющихъ общую ось вращенiя, вокругъ которой совершается пронацiя и супинацiя.

По Пирогову, главнымъ суставомъ системы является т. наз. articulatio pedis, суставъ между таранной костью и голенью, а другiе три между таранной и пяточной, таранной и ладьевидной и пяточной и кубовидной, служатъ вспомогательными суставами для перваго. Движенiя въ этихъ 4-хъ суставахъ совершаются по тремъ направленiямъ: вертикальному, горизонтальному и боковому. Движенiя по вертикальному направленiю (тыльное и подошвенное сгибанiе), равно какъ и по горизонтальному (отведенiе и приведенiе) совершаются въ голеностопномъ суставѣ. Боковыя движенiя (ротацiя стопы)—въ пяточно-кубовидномъ сочлененiи.

По Sappey, роликъ tali является третью поверхности цилиндра. Въ таранно-голенномъ суставѣ совершается движенiе подошвеннаго и тыльнаго сгибанiя и въ нѣкоторой степени приведенiе и отведенiе. Ротацiя падаетъ на таранно-пяточный суставъ, но она совершается также въ таранно-голенномъ и въ средне-плюсневой сочленовной линiи. Суставъ Chopart'а имѣетъ всѣ три вида движенiя.

По Лесгафту и Ячмонину, то обстоятельство, что стопа можетъ совершать движенiя вокругъ любой оси, показываетъ, что она должна сочленяться съ голенью посредствомъ сферическаго сустава; на стопу въ тоже время упирается тяжесть всего тѣла, такъ что соединенiе голени со стопой должно обладать большою простотою. Такимъ условiямъ отвѣчаетъ суставъ, образованный при помощи мениска, роль котораго здѣсь играетъ таранная кость.

Гармоническое сочетанiе крѣпости съ разнообразiемъ оттѣнковъ движенiя заставляетъ ожидать разсѣянiе суставныхъ поверхностей между отдѣльными частями мениска.

По изслѣдованiямъ Ячмонина, таранная кость кромѣ движенiя спереди назадъ вокругъ горизонтальной оси, идущей справа налѣво, можетъ двигаться еще въ другомъ направленiи, а именно: когда заднiй отдѣлъ суставной поверхности таранной кости помѣстится въ болѣе широкой ямкѣ, кость эта будетъ подвижна вокругъ вертикальной оси, проходящей сверху внизъ черезъ таранную и большеберцовую кость.

Передне-таранный суставъ сферическій и дозволяетъ движеніе по всѣмъ 3-мъ осямъ, но центры окружности голено-тараннаго и передне-тараннаго суставовъ не совпадаютъ и разстояніе между этими центрами равно 8,2 mm. Слѣдовательно, эти окружности эксцентрическія. Таранно-пяточный суставъ представляетъ крайне неправильныя и разнообразныя поверхности и, слѣдовательно, невозможно опредѣлить общій типъ направленія его оси. Имѣя совпадающія суставныя поверхности, онъ допускаетъ часто только такое движеніе, при которомъ одна суставная поверхность отходитъ отъ другой. Суставная линія Lisfranc'а допускаетъ только небольшія колебанія въ смыслѣ тыльнаго и подошвеннаго сгибанія передняго отдѣла стопы.

Размахъ движеній стопы, по Ячмонину, для тыльнаго и подошвеннаго сгибанія равняется въ среднемъ на правой ногѣ дугѣ въ 60^0, на лѣвой—$58,6^0$; отведенія и приведенія на правой ногѣ—$17,9^0$, на лѣвой—$26,3^0$. Ротація на правой ногѣ—$36,9^0$, на лѣвой—$35,0^0$.

По Hüter'у, размахъ движенія въ голено-таранномъ суставѣ доходитъ до 78^0, супинація и пронація до 40^0. По Aeby, размахъ движеній сочлененія talo-cruralis приблизительно 60^0, по Sappey, —70^0—75^0.

Всѣ многообразныя и сложныя функціи стопы можно свести къ 2-мъ главнымъ категоріямъ: стоянію и ходьбѣ.

Первое представляетъ важнѣйшую функцію стопы и требуетъ прочной установки ея на мѣстѣ и твердости ея свода. Устойчивость стопы, находящейся въ обычномъ положеніи, обусловлена самымъ строеніемъ ея. Голень оканчивается выемкой, въ которой помѣщается верхняя суставная поверхность таранной кости. Эта кость удерживается отъ смѣщенія въ стороны двумя лодыжками, прикрѣпленными къ стопѣ крѣпкими связками.

Таранная кость въ свою очередь опирается на пяточную, причемъ тѣло пяточной кости и ея sustentaculum образуютъ въ поперечномъ направленіи вогнутость книзу, черезъ которую перекинута нижняя поверхность таранной кости, образующая вогнутость кверху; эта прочная часть стопы, представляющая заднюю опору свода стопы, спереди переходитъ въ 2 расходящіяся дуги, обхватывающія широкую площадь опоры. При усиленіи нагруженія, устойчивость стопы еще болѣе увеличивается. По Lorenz'у, при нагруженіи стопы таранная кость, уступая давящей сверху

тяжести, соскальзываетъ по наклонной суставной поверхности пяточной кости кпереди и книзу, причемъ головка ея отклоняется кнутри, при этомъ связки l. calcaneo-naviculare plantare и externum натягиваются и таранная кость сдавливается между ладьевидной и пяточной костями. Давленiе это передается на кубовидную и пяточную кости и нагруженная стопа превращается въ одно крѣпкое цѣлое.

Пронацiю таранно-пяточнаго сочлененiя, вызванную дѣйствiемъ тяжести можно разсматривать, какъ соскальзыванiе внутренней дуги съ наружной; при этомъ разница въ продольномъ направленiи таранной и пяточной кости должна возрастать и уголъ, образуемый этими двумя костями, долженъ увеличиваться.

Что касается ходьбы, то, по теорiи братьевъ Weber, ноги при ходьбѣ исполняютъ двойную задачу: служить туловищу опорой и двигать его впередъ. Различается активное и пассивное состоянiе ноги во время ходьбы. Въ первомъ случаѣ нога поставлена на землю и совершаетъ вращательное движенiе вокругъ своей точки опоры (стопы) сзади напередъ; изъ положенiя сзади этой точки она переходитъ въ положенiе, перпендикулярное надъ точкой опоры. Въ этотъ моментъ нога приходитъ, собственно, въ активное состоянiе, выражающееся въ томъ, что она служитъ опорой тѣла и, наконецъ, при дальнѣйшемъ движенiи заходитъ кпереди отъ точки опоры, переходя въ положенiе, косо-наклонное кзади по направленiю къ точкѣ опоры. Въ этомъ положенiи она исполняетъ 3 функцiи: 1) поддерживаетъ туловище, 2) двигаетъ его впередъ и 3) и удерживаетъ тѣло на одной и той же высотѣ. Для послѣдней цѣли нога должна, приходя въ положенiе перпендикулярное надъ точкой опоры, сгибаться въ колѣнѣ, чтобы стать короче, заходя же впередъ, она должна стать длиннѣе; при этомъ она сгибается въ колѣнѣ, а стопа ея сгибается къ подошвѣ; такимъ образомъ происходитъ постепенное отслаиванье подошвы отъ пола, пока стопа подымается на носокъ. Когда нога достигнетъ предѣльнаго удлиненiя, тяжесть тѣла передается на другую ногу, бывшую до того пассивной. Пассивная нога виситъ на туловищѣ и двигается вмѣстѣ съ нимъ впередъ, но при этомъ совершаетъ вращательное маятнико-образное движенiе по оси тазобедреннаго сочлененiя сзади напередъ. Это вращенiе совершается безъ участiя мышцъ, исключительно, въ силу инерцiи и нога, занесенная впередъ, принимаетъ на себя тяжесть тѣла.

По Meyer'у, при ходьбѣ нужно различать 2 основные вида движенія: по вертикальной дугѣ и горизонтальной. Центръ вертикальной дуги лежитъ въ голено-стопномъ сочлененіи. При посредствѣ этого движенія, перемѣщается впередъ головка бедра и все туловище. Длина этой дуги или вѣрнѣе ея хорды равна длинѣ стопы отъ пятки до головки 1-ой плюсневой кости т. е. оба конечные пункта дуги лежатъ въ этихъ конечныхъ пунктахъ стопы.

Горизонтальная дуга имѣетъ центръ въ головкѣ бедренной кости и вокругъ него вращается тазъ такимъ образомъ, что его противоположная сторона движется впередъ; радіусомъ такимъ образомъ является поперечная ширина таза. Роль стопы при ходьбѣ, по этому автору, въ общемъ также состоитъ въ томъ, что бы служить эластичнымъ шарниромъ при перенесеніи туловища съ задней позиціи на переднюю и придавать конечности, смотря по надобности, ту или иную длину. Стопа, постепенно отслаиваясь отъ почвы, въ концѣ концовъ сильно подымается на носокъ и развиваетъ отталкивающее движеніе отъ пола. Это движеніе подкрѣпляется подошвеннымъ сгибаніемъ пальцевъ, которое само по себѣ есть движеніе отталкивающее. Начинается это движеніе съ 5-го пальца.

Fischer разсматриваетъ стопу, какъ тѣло, свободно движущееся въ пространствѣ подъ вліяніемъ 4-хъ силъ: 1) тяжесть, 2) мускульная тяга 3) противодѣйствіе почвы и 4) давленіе и тяга кости, вслѣдствіе сочлененія ея со стопой. Движеніе стопы можно считать вращеніемъ въ одной плоскости вокругъ перпендикулярной къ этой плоскости линіи. Всѣ силы дѣйствуютъ въ этой плоскости вращенія.

Въ самое послѣднее время Fränkel на основаніи кинематографическихъ снимковъ рисуетъ схему ходьбы: обѣ ноги служатъ попеременно для опоры и передвиженія.

1-й періодъ начинается съ того момента, когда пятка выступающей, хотя бы правой, ноги коснется пола; тотчасъ же начинается, такъ называемое братьями Weber, отслаиванье отъ почвы подошвы другой, лѣвой ноги. Какъ только подошва правой ноги ляжетъ вся на полъ, другая нога отдѣляется отъ земли и движется впередъ и такимъ образомъ прерывается періодъ двойной опоры на обѣ ноги. Выступающая (въ данномъ случаѣ правая) нога, при наступаніи на пятку, слегка согнута въ колѣнѣ (около

15⁰), но при полномъ прилеганiи подошвы, нога эта выпрямляется и затѣмъ вмѣстѣ съ отслаиваньемъ подошвы, начинается подошвенное сгибанiе стопы, все болѣе и болѣе увеличивающееся, которое даетъ ногѣ силу для послѣдующаго движенiя впередъ. Когда подошвенное сгибанiе достигло maximum'а, одновременно вся нога сразу сгибается въ тазобедренномъ, колѣнномъ и голеностопномъ сочлененiи (въ послѣднемъ тыльное сгибанiе) и, отдѣляясь отъ полу, движется впередъ, чтобы снова наступить на пятку.

Резюмируя выше-сказанное, можно характеризовать стопу, какъ эластичную, прочную, но вмѣстѣ съ тѣмъ и подвижную сводообразную или нишевидную постройку, неизвѣстнаго въ архитектурѣ типа, въ которой точная правильность соотношенiй частей замѣнена живой силой мышечно-связочнаго аппарата, придающаго ей необычайную крѣпость при нагруженiи и упругость при ходьбѣ. Прочность стопы помогаетъ ей выдерживать тяжесть тѣла, эластичность и подвижность—постепенно отслаиваться при ходьбѣ отъ почвы, придавая походкѣ плавность и равномѣрность и наконецъ упругость—служить рессорой для ослабленiя толчковъ и сотрясенiй во время ходьбы.

Несомнѣнно, что частичная ампутацiя стопы сразу вноситъ разстройство во всѣ функцiи стопы. Укорачивая скелетъ стопы, она нарушаетъ правильность свода, измѣняя соотношенiе его частей; благодаря этому, ослабляется его прочность и упругость. Кромѣ того она уменьшаетъ опорную площадь стопы на величину ампутированнаго участка. Эластичность и подвижность стопы при частичныхъ ампутацiяхъ также страдаетъ, благодаря поврежденiю сухожилiй и связокъ, а также уничтоженiю суставовъ. Это обстоятельство отражается на плавности и правильности походки, и, наконецъ, при частичныхъ ампутацiяхъ стопы по плоскости, перпендикулярной длинной оси голени, укорачивается высота стопы и конечность, не только при ходьбѣ, но и при стоянiи не можетъ поддерживать туловище все время на одной высотѣ.

Въ заключенiе скажу нѣсколько словъ объ употреблявшихся мною методахъ при изслѣдованiи функцiи стопы и ея культи. Для сужденiя о сводѣ стопы или культи мнѣ служили снимки по Рентгену и оттиски слѣдовъ на бумагѣ; послѣднiя изображенiя давали также представленiе о величинѣ слѣда или площади опоры. Для полученiя этихъ оттисковъ я пользовался методомъ, ши-

роко примѣняющимся въ Петербургскомъ ортопедическомъ институтѣ; методъ этотъ состоитъ въ томъ, что подошву сначала покрываютъ растворомъ полуторохлористаго желѣза (90,0) въ алкоголѣ (100,0) и глицеринѣ (10,0), послѣ чего слѣдъ оттискивается на бумагѣ и проявляется алкогольнымъ растворомъ таннина (10,0: 90,0)

Величина площади опредѣлялась путемъ раздѣленія слѣда на соотвѣтственныя геометрическія фигуры, площади которыхъ въ суммѣ давали площадь слѣда. Для опредѣленія размаха движенія я воспользовался способомъ Ячмонина, который состоитъ въ томъ, что къ подошвѣ прикрѣпляется плоская длинная стрѣлка въ продольномъ направленіи для опредѣленія сгибанія, отведенія и приведенія и въ поперечномъ для опредѣленія ротаціи; конецъ стрѣлки, при движеніяхъ стопы, отмѣчаетъ по окружности число градусовъ, опредѣляющее размахъ движенія.

ГЛАВА III.

Объ ампутаціонной культѣ вообще и о культѣ стопы въ частности.

Прежде чѣмъ приступить къ сравнительной оцѣнкѣ культей стопы, получаемыхъ послѣ ея ампутацій, мы считаемъ нужнымъ оговориться, что вполнѣ годной въ функціональномъ смыслѣ можно, по нашему мнѣнію, назвать ту культю, которая служитъ больному безъ помощи протеза или опоры.

Главнымъ общимъ свойствомъ, которымъ должна обладать такая культя, является то, что она должна, какъ можно больше походить по своимъ качествамъ на нормальную стопу, т. е. она должна быть совершенно безболѣзненной, при наибольшей устойчивости и прочности обладать въ то же время наибольшей подвижностью и эластичностью, и кромѣ того укороченіе конечности при ней должно быть минимальнымъ.

Первое условіе зависитъ главнымъ образомъ отъ качествъ служебной стороны культи т. е. той, которая приходитъ въ наиболѣе близкое прикосновеніе съ почвой. Чтобы отвѣчать этому условію, культя должна опираться на почву лучше всего своей частью, естественно приспособленной для этой цѣли природой т. е. покровами подошвы, находящейся въ естественной связи съ лежащими выше частями. Такую опорную площадь имѣемъ мы при всѣхъ ампутаціяхъ стопы впереди отъ суставной линіи Chopart'a; кромѣ того въ культяхъ Пирогова, Владимирова-Mikulicz'a, Le Fort'a и др., гдѣ эта площадь добывается костно-пластическимъ путемъ. Если такой опорной площади вслѣдствіе характера заболѣванія нельзя получить, то по возможности слѣдуетъ противопоставить почвѣ, естественно заканчивающіяся хрящемъ, кости, прикрытыя подошвеннымъ лоскутомъ, какъ при ампутаціи по Malgaigne'ю и т. д. и только при невозможности сдѣлать культю по одному изъ этихъ способовъ, можно противопоста-

влять почвѣ прямо костный распилъ, прикрытый кожно-мышечнымъ лоскутомъ подошвы или иной части стопы (ампутаціи по Syme'y, Baudens'y и др.), такъ какъ въ такой культѣ больше всего риска получить болѣзненную площадь опоры. Для образованія костнаго конца культи существуетъ много способовъ.

Самый старый и самый простой—это противопоставлять почвѣ спиленный конецъ кости при ампутаціяхъ и хрящевой конецъ при вылущеніяхъ. Позднѣе хирурги стали удалять надкостницу съ удаляемой кости, чтобы закрыть ею костный распилъ остающагося отдѣла костяка. Въ послѣдующее время распилы костей по возможности прикрываются костно-пластическимъ путемъ посредствомъ лоскута, состоящаго изъ кости, находящейся въ естественной связи съ прилежащей надкостницей и мягкими частями. Способъ, противопоставляющій почвѣ діафизъ или спиленный эпифизъ кости, принадлежитъ къ самымъ неудачнымъ. Діафизъ кости представляетъ костный цилиндръ, полый внутри, такъ что на лоскутъ давитъ не сплошная костная поверхность, а кольцо.

Этотъ костный конецъ, по Larrey, Volkmann'y, Ollier, Schede и др. впослѣдствіи атрофируется, заостряется и давитъ, какъ пробойникъ, на мягкія части культи, такъ что весьма трудно получить культю, годную къ употребленію.

Bier считаетъ атрофію кости одной изъ важныхъ болѣзней культи. Однако, по мнѣнію Farabeuf'a, Güterbock'a и др., это явленіе нельзя считать постояннымъ, такъ какъ костномозговой каналъ закрывается впослѣдствіи тонкой костной пластинкой.

Спасокукоцкій изслѣдовалъ 36 старыхъ культей; изъ нихъ 28 простыхъ, 6 вычлененій и 2 костно-пластическихъ. 15 культей были сняты по Рентгену, 5 изслѣдованы послѣ реампутацій. 28 простыхъ культей онъ дѣлитъ на 4 группы: 1) атрофическія—6, гипертрофическія—5, неизмѣненныя—15 и кольцевидныя—2. Этотъ авторъ приходитъ къ выводу, что послѣдовательная атрофія не составляетъ обычнаго послѣдствія простой ампутаціи, а наоборотъ можно счесть за норму сохраненіе первоначальной формы костнаго конца. Причиной неработоспособности такой культи Спасокукоцкій считаетъ то, что нижняя, рабочая поверхность костнаго конца защищается тканью, не имѣющей ни гистологическаго строенія, ни физіологическихъ свойствъ надкостницы, при чемъ слабая жизнеспособность костной ткани рубца еще

ухудшается, благодаря прилегающимъ рубцово перерожденнымъ тканямъ.

Bunge считаетъ этотъ рубецъ одной изъ причинъ болѣзненности и негодности простой культи, кромѣ того, по мнѣнiю этого автора, важной причиной болѣзненности дiафизарной культи является давленiе на мягкiя части культи со стороны мозоли, разростающейся изъ костно-мозгового канала. Наконецъ, Hildebrandt считаетъ болѣзненной мозоль, развивающуюся не только изъ костнаго мозга, но и на всей поверхности распила, такъ какъ безболѣзненна только нормальная кость. Такою между прочимъ онъ считаетъ костную пластинку, прикрывающую въ культяхъ Bier'a костный распилъ. У ампутированнаго, которому такой пластинкой былъ прикрытъ костно-мозговой каналъ, кортикальный слой кости былъ болѣзненъ, центральная же часть—нѣтъ.

Процентъ негодныхъ дiафизарныхъ культей очень великъ.

Crainer, осмотрѣвшiй 96 такихъ культей верхнихъ и нижнихъ конечностей больныхъ, оперированныхъ Кельнскими хирургами за 19 лѣтъ до изслѣдованiя, нашелъ удовлетворительный результатъ только въ 26 случаяхъ и въ 70 плохой, при чемъ изъ всего числа только 2 были годны къ употребленiю. Въ негодныхъ культяхъ конецъ былъ спаянъ съ костью, болѣзненъ и склоненъ къ образованiю язвъ. У Спасокукоцкаго, судя по исторiямъ болѣзней его больныхъ, у 28 больныхъ съ дiафизарной культей годныхъ было всего 5, 16 къ употребленiю не годны, а 7, хотя и не причиняютъ своимъ обладателямъ непрiятныхъ ощущенiй, но мало годны къ употребленiю.

Относительно эпифизарныхъ культей съ хрящевымъ окончанiемъ большинство авторовъ (Volkmann, Schede, Спасокукоцкiй и др.) придерживаются того мнѣнiя, что конецъ, покрытый хрящемъ почти не измѣняется, находясь въ культѣ, и, слѣдовательно, сама культя послѣ вычлененiй не атрофируется.

Разсматривая Рентгеновскiе снимки культей Chopart'a, Lisfranc'a, Malgaigne'я и Moshcowicz'a мы можемъ вполнѣ подтвердить это обстоятельство. Да оно и понятно: конецъ такой эпифизарной культи находится въ почти нормальныхъ условiяхъ относительно питанiя.

Въ числѣ своихъ защитниковъ вычлененiя имѣютъ рядъ такихъ авторитетныхъ хирурговъ, какъ Langenbeck, Schede, Küster, Socin и др.; послѣднiй указалъ, между прочимъ, что, благодаря

сохраненію эпифизарнаго хряща, между хрящемъ и кожей получается родъ сустава. Мы имѣли также случай при двухъ реампутаціяхъ культи Garengeot констатировать образованіе какъ бы суставной капсулы между суставными поверхностями головокъ metatarsi и кожей лоскута.

Habs подтверждаетъ это положеніе относительно вычлененія въ колѣнномъ суставѣ. Матеріалъ изъ 14 случаевъ, представленныхъ имъ на 23 конгрессѣ, далъ прекрасные результаты, такъ какъ больные могли ходить, бѣгать, даже танцовать, опираясь культей на протезъ.

Въ 8 случаяхъ Ritschl'я, при томъ же методѣ оперированія, результаты были также очень хороши. Причиной такого успѣха можно считать то, что хрящевой конецъ культи, естественно приспособленный къ давленію, является прекраснымъ опорнымъ пунктомъ для культи. Отсюда—ея безболѣзненность и выносливость.

Принципъ поднадкостничнаго способа ампутацій заключается въ томъ, что надкостница, отдѣленная отъ удаленной кости и остающаяся въ лоскутѣ, идетъ для прикрытія костнаго распила въ культѣ.

Творцы этого способа, Walther и Brunninghausen, имѣли цѣлью добиться быстраго закрытія костно-мозгового канала; первые ихъ послѣдователи думали найти въ этомъ принципѣ противодѣйствіе некрозу поверхностей распила и прободенію костью мягкихъ частей культи, а также защиту противъ травматическаго остео-міэлита.

Вновь возбужденъ былъ этотъ вопросъ работами Ollier о надкостницѣ. Затѣмъ цѣлый рядъ хирурговъ, какъ Lehmann, Langenbeck, Schneider и др. явились сторонниками этого принципа.

По Lehmann'у и Schneider'у, преимущество этого принципа оперированія состоитъ въ возрожденіи кости. Мозговой каналъ закрывается снизу довольно толстой костной пластинкой и конецъ культи принимаетъ закругленную полушаровидную форму безъ наклонности къ атрофіи впослѣдствіи. Но косте-образовательная способность надкостницы весьма сильна и, главное, мало доступна вліянію извнѣ, такъ что не всегда служитъ на пользу культѣ, а часто дѣлаетъ ее даже негодной къ употребленію.

Reich въ своей работѣ, обнимающей матеріалъ изъ 45 поднадкостничныхъ культей, обслѣдованныхъ Рентгенографически, выдѣляетъ двѣ группы патологическихъ измѣненій въ интересующемъ насъ смыслѣ: экзостозы и атрофію костей. По Marchand'у,

костная рана, образованная распиломъ кости, закрывается, благодаря надкостничному и костномозговому образованiю кости. Излишнiя костныя массы впослѣдствiи всасываются и острые края кортикальнаго слоя закругляются. Это физiологическое образованiе кости подъ влiянiемъ раздраженiй въ различныхъ случаяхъ совершается въ неодинаковый промежутокъ времени. Изъ 45 подпадкостничныхъ культей Reich'а нашлось только 2, въ которыхъ не было этого разростанiя костей, а остальныя культи всѣ представляли патологическiя разрощенiя опредѣленныхъ типовъ. Въ 11-ти случаяхъ эти экзостозы представляли плоскiя наслоенiя костныхъ массъ на той части культи, которая не подлежала давленiю со стороны протеза и во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣлись разростанiя другихъ типовъ. Въ 11-ти случахъ экзостозы состояли въ утолщенiи костныхъ концовъ культи или ввидѣ кольцевиднаго утолщенiя, или въ видѣ боковыхъ бугорковъ. Эти измѣненiя не нарушали закругленности и гладкости костныхъ концовъ. Экзостозы третьяго типа, ввидѣ различныхъ выдающихся остроконечныхъ образованiй, были въ 31 случаѣ, при чемъ въ 6-ти случаяхъ экзостозы не переходили за уровень костнаго конца культи.

Въ 18-ти случаяхъ экзостозы ввидѣ шиповъ были направлены прямо въ мягкiя части, покрывающiя культю. Всѣ эти экзостозы были надкостничнаго происхожденiя, представляя компактную плотную массу кости. Изъ 45-ти случаевъ Reich'а у 21 больного (46,6%) культя была вполнѣ годна къ употребленiю, въ 10 (22%)— посредственно и въ 14 (31%)—была не годна.

По даннымъ Langer'а, V. Steiger'а и Fred Murphy, обнимающимъ матерiалъ въ 63 случая конечностей, ампутированныхъ поднадкостично, годная къ употребленiю культя была у 43-хъ, посредственная--въ 15 и плохая—въ 5.

Атрофiя костей культи наступаетъ при этомъ методѣ ампутацiй весьма часто: по Reich'у изъ 45 случаевъ въ 39, при чемъ въ 8 ми она достигла крайнихъ размѣровъ. Данныя изслѣдованiя Reich'а заставляютъ его придти къ выводу, что измѣненiя въ смыслѣ разростанiя костей при надкостничномъ методѣ ампутацiй не имѣютъ мѣста только въ исключительныхъ случаяхъ. Они исходятъ почти всегда изъ надкостницы. Самую опасную форму образуютъ экзостозы, которые ввидѣ шиповъ выдаются въ покровы культи. Таковые имѣютъ мѣсто въ $^2/_5$ числа поднадкост-

ничныхъ культей. На основаніи этого, Reich отдаетъ предпочтеніе культямъ, образованнымъ по обыкновенному способу и находитъ, что поднадкостничный методъ при своихъ недостаткахъ не представляетъ особенныхъ преимуществъ. Самъ основатель этого способа, Ollier, въ концѣ концовъ заявилъ себя его противникомъ ввиду того, что видѣлъ отъ него столько же худого, сколько хорошаго

Третій способъ ампутацій—костнопластическій—заключаетъ въ себѣ, какъ выше упомянуто, ту идею, что костный конецъ культи при немъ точно также, какъ и при вычлененіяхъ, естественно заканчивается тканями, предназначенными самою природой для этой цѣли и рубецъ въ такихъ культяхъ находится въ кости, не отличаясь отъ рубца при сросшихся переломахъ.

Преимущества этого принципа весьма значительны, въ особенности по отношенію къ стопѣ: именно, здѣсь почвѣ противопоставляется кость въ естественномъ сочетаніи съ надкостницей и мягкими частями; Этимъ исключается возможность разростанія экзостозовъ и, связанной съ ними, болѣзненности культи. На Рентгеновскихъ снимкахъ съ костно-пластическихъ культей мы замѣчаемъ иногда присутствіе небольшихъ разращеній въ концахъ распиловъ, гдѣ поврежденная надкостница выдается въ ткани, но эти разращенія, не касаясь служебной стороны культи, не причиняютъ никакихъ затрудненій при пользованіи ею. Внутренняго рубца т. е. слоя рубцовой ткани между костью и мягкими частями здѣсь не имѣется, слѣдовательно, и съ этой стороны исключается мысль о возможности появленія болѣзненныхъ культей. Условія питанія костей не нарушены, такъ какъ питающій ихъ слой не измѣненъ и поэтому атрофія ихъ не встрѣчается. Вышеприведенныя обстоятельства позволяютъ при этомъ способѣ ампутированія получать всегда безболѣзненную культю и ставятъ костно-пластическій принципъ на первое мѣсто среди другихъ принциповъ образованія ампутаціонной культи.

Если взять все число, собранныхъ нами въ литературѣ, случаевъ ампутацій стопы и прибавить къ нему случаи Томской Госпитальной клиники, то получится 582 случая, въ которыхъ функціональный исходъ извѣстенъ. Изъ нихъ костно-пластическихъ Пироговскаго и близкихъ къ нему типовъ—195, Владимирова-Mikulicz'a—104, вычлененій—152, поднадкостничныхъ ампутацій—13, по Moshcovicz'y—1 и простыхъ ампутацій—117. Самый лучшій ис-

ходъ дали ампутаціи Пироговскаго типа, при которыхъ получился безъ исключенія прекрасный результатъ. На 104 культи В—М. неудачный исходъ получился въ 3 случаяхъ (2,8$^0/_0$). На 152 вычлененія неудачный исходъ получился въ 6 случаяхъ, но въ 5 изъ нихъ неуспѣхъ не зависѣлъ отъ особенностей концевого отдѣла скелета культи. Въ 13 случаяхъ поднадкостничной ампутаціи по типу Ollier и въ одной костнопластической по Moshcoviecz'у результатъ получился удовлетворительный. Изъ 117 случаевъ простыхъ ампутацій, хотя функція показана удовлетворительной во всѣхъ случаяхъ, но удовлетворительность эту въ большинствѣ случаевъ ампутацій по Syme'у нужно считать относительной и во многихъ случаяхъ получалась болѣзненность костныхъ концовъ.

Schede на основаніи громаднаго матеріала вычисляетъ для 161 Пироговской культи 0,5$^0/_0$ негодныхъ, для 282 Syme'овскихъ 1,7$^0/_0$ т. е. больше въ 3 раза, чѣмъ для Пироговскихъ.

Принимая во вниманіе все выше сказанное, мы можемъ сказать, что, въ смыслѣ безболѣзненности, наилучшіе результаты получаются при ампутаціяхъ костно пластическаго типа и при вычлененіяхъ. Простыя и поднадкостничныя ампутаціи должны считаться съ функціональной точки зрѣнія ниже и на безболѣзненную культю можно увѣренно расчитывать только при первыхъ двухъ методахъ.

Важную роль въ культѣ играетъ положеніе рубца. Общее правило старой эпохи, въ значительной степени существенное и для настоящаго времени, это—нахожденіе рубца по возможности не на служебной поверхности культи стопы. Кромѣ нижней поверхности культи, непосредственно служащей площадью опоры, служебныя функціи въ извѣстной степени несетъ и передняя ея поверхность, какъ часто подвергающаяся инсультамъ, въ особенности въ культяхъ съ выдающимся переднемъ краемъ (ампутація костей metatarsi, по Lisfranc'у и т. п.) Въ небольшихъ культяхъ съ площадью опоры не шире поперечнаго сѣченія голени, это обстоятельство въ извѣстной мѣрѣ утрачиваетъ свою важность, и тогда какъ при ампутаціи по Lisfranc'у важно, чтобы рубецъ былъ на верхней поверхности культи, при ампутаціи по Пирогову это обстоятельство не представляетъ такой важности, такъ какъ только выдающійся конецъ культи подвергается травматизму.

Во всякомъ случаѣ идеальнымъ положеніе рубца можетъ считаться или на верхней, или на задней и боковыхъ поверхно-

стяхъ культи. Причины, почему хирурги всѣхъ временъ избѣгали помѣщать рубецъ на подошвѣ, понятны. Рубцовая ткань, какъ мало жизнеспособная, изъявляется при травмѣ гораздо скорѣе и заживаетъ съ гораздо большимъ трудомъ, а кромѣ того способна причинять болѣзненныя ощущенія при давленіи. Впрочемъ нужно сказать, что страхъ передъ положеніемъ рубца на служебной сторонѣ культи основаніемъ своимъ иногда имѣлъ не эти свойства рубцовой ткани. Неправильному положенію рубца приписывались разстройства, зависѣвшія отъ построенія самой культи и, напримѣръ, изъязвленія на рубцѣ въ неудачной культѣ Chopart'а часто имѣли причину не столько въ свойствахъ рубца, сколько въ давленіи изнутри со стороны костнаго края культи.

Слѣдуюшимъ важнымъ качествомъ годной къ употребленію культи стопы является ея устойчивость и прочность. Это качество культи зависитъ отъ двухъ условій: 1) отъ размѣровъ опорной поверхности ея и 2) отъ строенія костнаго свода. Значеніе для устойчивости культи перваго условія вполнѣ понятно, такъ какъ, чѣмъ шире подставка, тѣмъ прочнѣе будетъ держаться на ней туловище.

При ампутаціяхъ до сустава Chopart'а, культя представляетъ площадь опоры больше половины слѣда нормальной стопы и вполнѣ достаточна для поддержанія равновѣсія тѣла; при дальнѣйшихъ ампутаціяхъ кзади, площадь опоры начинаетъ уменьшаться и minimum'а достигаетъ въ Пироговской культѣ. Тогда какъ на культѣ Chopart'а больной, хотя съ трудомъ, можетъ стоять нѣкоторое время на одной ногѣ, на культѣ Malgaigne'я или Левшина—Спасокукоцкаго онъ можетъ простоять только самый короткій срокъ, а на культѣ Пирогова совсѣмъ не можетъ. Кромѣ того, больной съ двухсторонней ампутаціей стопы по Пирогову и Malgaigne,ю или по Левшину—Спасокукоцкому даже на обѣихъ культяхъ держится не особенно устойчиво, получая эту устойчивость только во время ходьбы.

Эти обстоятельства однако нисколько не мѣшаютъ больнымъ ходить очень хорошо даже на 2-хъ Пироговскихъ культяхъ, такъ какъ они быстро привыкаютъ поддерживать при ходьбѣ равновѣсіе тѣла, уподобляясь ходящимъ на ходуляхъ. Относительно свода стопы, нужно сказать, что при ампутаціяхъ передняго конца стопы уменьшается одна изъ опоръ ея продольного свода и слѣдовательно сводъ осѣдаетъ; осѣданіе это тѣмъ больше, чѣмъ боль-

шая часть стопы отнята. Кромѣ того поперечный сводъ при ампутацiи передняго отрѣзка стопы лишается части связочнаго аппарата и уплощается, такъ какъ осѣдаетъ его передняя дуга. Не смотря на это, костякъ культи, хотя и теряетъ въ прочности, тѣмъ не менѣе представляетъ вполнѣ надежную подставку для тѣла, такъ какъ имѣетъ три точки опоры съ центромъ тяжести, находящимся между этими точками. При ампутацiи по Chopart'у, центръ тяжести перемѣщается кпереди отъ переднихъ точекъ опоры и культя вслѣдствiе этого находится въ неустойчивомъ равновѣсiи; при ампутацiяхъ сзади сустава Chopart'a о сводѣ не можетъ быть рѣчи, такъ какъ онъ замѣняется ровной поверхностью, прилегающей къ почвѣ и костная площадь начинаетъ постепенно уменьшаться по мѣрѣ уменьшенiя остающагося куска кости.

При ампутацiяхъ стопы кзади отъ сустава Chopart'a, если остаются нетронутыми обѣ кости корня стопы, культя получается крайне не устойчивой, несоразмѣрно высокой и узкой, и дальнѣйшее увеличенiе устойчивости ея зависитъ отъ уменьшенiя ея высоты,

Относительно пружинящихъ свойствъ свода стопы, превращающихъ его въ рессору для тѣла и придающихъ эластичность походкѣ, нужно сказать, что эти свойства уменьшаются съ постепеннымъ удаленiемъ частей передняго отдѣла стопы и уничтожаются съ удаленiемъ клиновидныхъ костей. Культя Chopart'a уже не имѣетъ пружинящихъ свойствъ нормальной стопы.

На сколько важны для устойчивости стопы и успѣшности поддержанiя равновѣсiя тѣла правильное устройство костяка культи и размѣры ея площади опоры, настолько же важны для другой ея функцiи, ходьбы, подвижность культи и длина оперированной конечности, зависящая отъ высоты культи. Активная подвижность культи стопы зависитъ отъ сохранившихся суставовъ въ костякѣ культи и сухожильно-мышечнаго аппарата. Самымъ подвижнымъ изъ суставовъ стопы нужно считать голеностопный и неприкосновенность его одного даетъ культѣ сравнительно большую подвижность.

Вообще съ точки зрѣнiя подвижности, стопныя культи можно раздѣлить на 4 группы. Къ первой группѣ относятся вполнѣ подвижныя культи, въ которыхъ всѣ суставы, прилегающiе къ таранной кости, оставлены неприкосновенными, напр. послѣ ам-

путаціи по Lisfranc'у, послѣ ампутаціи костей metatarsi и др. Къ 2-ой группѣ относятся полуподвижныя культи т. е. такія, въ которыхъ уничтоженъ одинъ изъ суставовъ, прилежащихъ къ таранной кости; сюда можно отнести культи послѣ ампутаціи по Chopart'у, таранно-пяточной и др. 3-я группа, культи малоподвижныя, въ которыхъ уничтожено два сустава, прилежащіе къ таранной кости. Сюда можно отнести культи послѣ операціи по Malgaigne'ю, Kranzfeld'у, Faure'у и др. Нужно при этомъ отмѣтить, что голено-стопный суставъ гораздо подвижнѣе таранно-пяточнаго и его движеніе совершается по наиболѣе полезной въ смыслѣ ходьбы оси, передне-задней, такъ что культя Malgaigne'я, въ которой оставленъ въ цѣлости одинъ голено-стопный суставъ, будетъ гораздо подвижнѣй, чѣмъ напр. культя Faure'а, гдѣ цѣлъ одинъ суставъ таранно-пяточный и которая, мало чѣмъ по существу отличается отъ неподвижныхъ культей. Наконецъ, къ 4-й группѣ относятся неподвижныя культи, получающіяся послѣ Пироговской ампутаціи и тѣхъ ея модификацій, въ которыхъ костная часть лоскута приростаетъ къ костямъ голени неподвижно (Le Fort, Тауберъ и др.).

Совершенно особнякомъ слѣдуетъ поставить операцію по Владимирову-Mikulicz'у, которая даетъ культи съ 3-мя, 4-мя суставами и, тѣмъ не менѣе, малоподвижныя, потому что голено-стопный суставъ уничтоженъ. Въ тѣхъ модификаціяхъ этой операціи, гдѣ остается цѣлою суставная линія Chopart'а, подвижность культи сильнѣе и доходитъ по своему размѣру почти до амплитуды полуподвижныхъ культей.

Къ мало подвижнымъ культямъ слѣдуетъ отнести и такія культи, въ которыхъ всѣ естественные суставы стопы уничтожены и взамѣнъ ихъ образуется новый, мало-подвижный суставъ между 2-мя чуждыми другъ другу суставными поверхностями, какъ напр. во Вреденъ—Ricard'овской культѣ или между костнымъ распиломъ стопы и нетронутой межлодыжковой нишей. (Quimby, Разумовскій и др.) Къ этой же категоріи нужно отнести и такіе случаи, гдѣ подвижность развивается въ обычно неподвижныхъ культяхъ вслѣдствіе непрочнаго сращенія между отрѣзкомъ кости стопы и голенью. Эта подвижность, если она направлена по главной оси вращенія стопы, помогаетъ культѣ лучше нести свои функціи.

Относительно направленія движенія культей, нужно отмѣтить, что въ подвижныхъ культяхъ сохранены движенія стопы по

всѣмъ 3-мъ осямъ; въ культяхъ полуподвижныхъ одинъ видъ движенiя—отведенiе и приведенiе выпадаетъ и ограничиваются другiе два вида, такъ какъ уничтожается суставная линiя Chopart'a, подвижная во всѣхъ направленiяхъ. Въ малоподвижныхъ культяхъ съ однимъ суставомъ остается главнымъ образомъ только тотъ видъ движенiй, который допускается оставшимся суставомъ. Въ культѣ съ вновь образованнымъ суставомъ, движенiе совершается по оси вращенiя вновь образованнаго сустава, обыкновенно сгибанiе и разгибанiе.

Конечно, нужно имѣть ввиду, что размахъ подвижности, какъ активной, такъ и пассивной, въ суставахъ культи вообще гораздо ограниченнѣе, чѣмъ въ нормальной стопѣ. Причины этого обстоятельства понятны. Онѣ заключаются въ ослабленiи дѣятельности части или всѣхъ мышцъ, теряющихъ обычныя мѣста прикрѣпленiя. Отсюда вытекаетъ еще одно важное преимущество костнопластическаго принципа, такъ какъ при немъ, вмѣстѣ съ переносимымъ костнымъ отрѣзкомъ, обыкновенно переносятся и прикрѣпляющiяся къ нему сухожилiя, которыя такимъ образомъ сохраняютъ мѣста прикрѣпленiя.

Кромѣ выше указанной причины, подвижность культи уменьшается на счетъ развитiя рубцовыхъ измѣненiй въ около суставныхъ тканяхъ и вслѣдствiе продолжительнаго бездѣйствiя сустава въ послѣ-операцiонномъ перiодѣ.

Длина конечности зависитъ отъ высоты культи.

Въ тѣхъ культяхъ, которыя образованы ампутацiями до суставной линiи Chopart'a и въ которыхъ, слѣдовательно, высота культи равна высотѣ стопы, длина оперированной и здоровой конечности при правильной культѣ одинакова; дальше длина культи начинаетъ уменьшаться и уменьшенiе это тѣмъ больше, чѣмъ толще удаленный участокъ костяка. Въ костно-пластическихъ культяхъ, въ которыхъ удаляемая часть костяка стопы замѣняется отрѣзкомъ той или другой кости, приставляемымъ къ голени по ея длинной оси, укороченiе бываетъ значительно меньше, чѣмъ съ соотвѣтственныхъ простыхъ ампутацiяхъ, гдѣ удаляемыя части скелета замѣняются лоскутомъ только изъ мягкихъ частей; но и при костно-пластическомъ образованiи культи укороченiе можетъ достигать значительныхъ размѣровъ, смотря по величинѣ удаленныхъ частей стопы и голени.

Исключеніе изъ общаго правила представляетъ операція по Владимирову—Mikulicz'y, при которой оперируемая конечность можетъ получиться не только не короче, но даже и длиннѣе здоровой, такъ что почти всегда есть возможность сдѣлать обѣ конечности одинаковой длины.

Подвижность культи и длина конечности играютъ громадную роль при ходьбѣ.

Когда человѣкъ приподымаетъ ногу отъ земли, стопа прежде чѣмъ отдѣлиться, перекатывается постепенно съ пятки на носокъ. Въ послѣдній моментъ перекатыванія стопа опирается на носокъ, при чемъ задній ея конецъ—пятка—приподнимается кверху; это поднятіе влечетъ за собой поднятіе кверху всей голени; голень, поднимаясь вверхъ, влечетъ за собой сгибаніе конечности въ слѣдующемъ шарнирѣ—колѣнномъ суставѣ. Сгибаніе конечности въ колѣнѣ необходимо для того, чтобы уменьшить длину конечности и свободно, не задѣвая за землю, перенести ее на слѣдующую позицію. Если стопа не можетъ быть должнымъ образомъ поставлена на носокъ, задній ея конецъ не поднимается кверху на должную высоту и не сгибаетъ конечности въ колѣнѣ до требуемаго угла; больному тогда приходится или сгибать ногу въ колѣнѣ при помощи мышцъ бедра, что замедляетъ походку и дѣлаетъ ее утомительной или, не сгибая ноги въ колѣнѣ, заносить ее въ бокъ, какъ это дѣлаютъ больные съ анкилозомъ колѣннаго сустава, что и создаетъ требуемый для перенесенія ноги просторъ. Конечно, такое занесеніе замедляетъ передвиженіе больной ноги, а здоровая нога, въ особенности при болѣе скорой ходьбѣ переносится гораздо скорѣе.

Это обстоятельство вызываетъ хроманіе или припаданіе на здоровую ногу. Такимъ образомъ, чѣмъ больше подвижность культи и именно въ главномъ, передне-заднемъ направленіи, тѣмъ хроманіе меньше. Такое же припаданіе на здоровую ногу получится и тогда, когда больной, вслѣдствіе болѣзненности культи, щадитъ больную ногу: здѣсь болѣе быстрое перенесеніе здоровой ноги и припаданіе на нее вызывается стремленіемъ сократить промежутокъ, въ который туловище должно опираться на больную ногу, а также перебросить при шагѣ все тѣло на другую позицію, оттолкнувшись здоровой ногой отъ земли и возможно меньше опираясь на больную.

На первый взглядъ небольшое укороченiе конечности при уменьшенiи подвижности должно было бы помогать больному переносить ногу, не задѣвая ею за землю и меньше сгибая въ колѣнѣ, такъ что оно служило бы до извѣстной степени компенсацiей плохой подвижности стопы, но нужно имѣть ввиду, что такая укороченная конечность, при опиранiи на нее туловища, заставляетъ послѣднее склоняться на ея сторону, искривляя тазъ и такимъ образомъ пополняя длину конечности. Такое укороченiе вызываетъ хроманiе или припаданiе не на здоровую ногу, а на больную, укороченную и походка приметъ неуклюжiй ковыляющiй характеръ, такъ что для большей правильности походки необходимо, чтобы конечности были одинаковой длины.

Старые авторы, Syme, Malgaigne, правда, находили преимущество въ небольшомъ укороченiи, но они имѣли ввиду возможность подкладывать подъ укороченную конечность мягкую подушечку.

Важное значенiе для конечности имѣетъ мягкая подкладка культи. Когда культя образована костно-пластическимъ путемъ и опорными частями подошвы служатъ естественно приспособленныя для этой цѣли мягкiя ткани, мягкая подкладка культи идеальна, какъ и въ тѣхъ культяхъ, гдѣ ампутацiя произведена не выше суставной линiи Chopart'а. Въ тѣхъ культяхъ, гдѣ опорой служатъ подошвенныя ткани, отдѣленныя отъ своей естественной почвы, какъ напр. въ культѣ Malgaigne'я и др., мягкая подкладка подошвы культи также хорошо приспособлена для своей функцiи и представляется достаточной толщины. Въ культяхъ съ лоскутами, образованными изъ тѣхъ частей стопы, которыя обыкновенно не служатъ опорой тѣла (тылъ, боковыя части), подошвенной части культи приходится приспобляться къ новой функцiи, что отниметъ извѣстный промежутокъ времени въ перiодъ выздоровленiя, тѣмъ не менѣе и такой лоскутъ постепенно привыкаетъ служить опорой тѣла и кожа на немъ грубѣетъ

Сопоставляя все вышесказанное, мы должны придти къ слѣдующимъ выводамъ. На первомъ планѣ по своимъ качествамъ должны стоять культи, образованныя ампутацiями въ плоскостяхъ, поперечныхъ къ длинной оси стопы; при ампутацiяхъ стопы въ плоскостяхъ, поперечныхъ длинной оси голени, лучшими культями могутъ считаться тѣ, въ которыхъ, 1) при наименьшемъ укороченiи конечности, костный остовъ законченъ костно-пластически

или по крайней мѣрѣ хрящевой поверхностью, 2) устойчивость стопы гарантирована достаточной величиной опорной площади и правильнымъ, въ смыслѣ соотношенія точекъ опоры и центра тяжести, устройствомъ костяка культи, 3) опорную площадь представляетъ подошвенная часть стопы съ рубцомъ не на служебной сторонѣ и 4) оставшаяся часть стопы подвижна хотя бы по главному направленію.

Эти общія соображенія мы и будемъ имѣть въ виду при обсужденіи функціональныхъ результатовъ, получаемыхъ при частичныхъ ампутаціяхъ стопы.

ГЛАВА IV.

Amputatio metatarsea.

Ампутація костей metatarsi относится къ такимъ ампутаціямъ стопы, при которыхъ общая ея функція нарушается менѣе, чѣмъ при всѣхъ прочихъ ампутаціяхъ стопы. При этой операціи удаляются пальцы и дистальные концы костей metatarsi на большемъ или меньшемъ протяженіи. Указанная операція не встрѣчается такъ часто, какъ можно было бы думать, принимая во вниманіе положеніе пальцевъ стопы и легкую возможность ихъ поврежденія. Разсматривая отчеты больницъ и клиникъ, часто за цѣлый годъ при сотняхъ другихъ операцій можно не встрѣтить ни одной ампутаціи костей metatarsi, а если таковыя и встрѣчаются, то въ крайне ограниченномъ количествѣ. Причины этого заключаются въ томъ, что заболѣванія, при которыхъ главнымъ образомъ могло бы явиться показаніе къ этой операціи (различные виды омертвѣнія), обыкновенно уничтожаютъ верхніе покровы, подвергнувшихся заболѣванію или поврежденію, частей стопы. Въ такихъ случаяхъ ампутировать приходится выше, чтобы получить для культи покровы должной величины. При этомъ надо отмѣтить, что операція эта считается такой незначительной, что описанія случаевъ ея почти не попадаютъ въ литературу, въ особенности, въ новѣйшее время.

Amputatio metatarsea дѣйствительно, проста и не представляетъ особенныхъ техническихъ затрудненій, кромѣ необходимости добиваться высокаго стоянія рубца. Для прикрытія распила костей необходимо, чтобы подошва была цѣла до пальцевой складки, это и затрудняетъ хирурга при выборѣ мѣста ампутаціи стопы.

Функція стопы при этой операціи нарушается меньше, чѣмъ при другихъ ампутаціяхъ, но нарушеніе однако имѣется: прежде всего удаляются пальцы, которые представляютъ осязательный аппаратъ ноги. Они помогаютъ конечности оріентироваться на почвѣ при наступаніи, по этому безъ нихъ походка будетъ ме-

нѣе увѣренной. Кромѣ того пальцы, и въ особенности 1-й изъ нихъ, служатъ для того, чтобы сдѣлать походку эластичнѣе. При каждомъ шагѣ стопа, наступая въ началѣ на пятку, при дальнѣйшемъ развитіи шага перекатывается на носокъ; въ то время, когда пятка начинаетъ приподниматься, стопа тѣснѣе прижимается къ землѣ переднею своею частью въ мѣстѣ передней линіи опоры т. е. головками плюсневыхъ костей, затѣмъ вся стопа приподнимается на носокъ и окончательное отдѣленіе ея отъ почвы совершается при помощи пальцевъ, въ особенности перваго, которые при этомъ совершаютъ легкое отталкивательное движеніе. Такъ какъ пальцы состоятъ изъ небольшихъ косточекъ, соединенныхъ шарнирами и скрѣпленныхъ эластичнымъ связочно-сухожильнымъ аппаратомъ, то пружинящія ихъ свойства крайне значительны и отдѣленіе стопы отъ почвы совершается постепенно и безъ толчковъ. При удаленіи пальцевъ, перекатываніе стопы совершается на конецъ стопы т. е. на покрытые мягкими частями концы отпиленныхъ костей metatarsi и за тѣмъ стопа сразу поднимается съ земли.

Въ виду отсутствія пружинящаго аппарата и постоянно имѣющейся нѣсколько повышенной чувствительности ампутированнаго мѣста, больной избѣгаетъ такого передаванія стопы на передній конецъ и старается отдѣлять стопу отъ земли раньше, чѣмъ она окончательно перекатилась на носокъ. Въ результатѣ получается приподниманіе всей культи съ земли болѣе или менѣе сразу. Кромѣ того, благодаря отсутствію пружинящаго и осязающаго аппарата, нога не можетъ сразу приподняться на должную высоту и при передвиженіи впередъ часто цѣпляется за почву. Происходитъ, такъ называемое спотыканіе. Въ особенности, всѣ вышеизложенныя обстоятельства бываютъ рѣзко выражены при скорой ходьбѣ или бѣгѣ, когда требуется точность и увѣренность всѣхъ этихъ движеній. Въ такихъ случаяхъ оперированный, принужденный быстро поднимать больную стопу съ земли всю сразу, начинаетъ припадать на здоровую ногу. Такимъ образомъ отсутствіе пальцевъ обусловливаетъ собой неувѣренность въ походкѣ, уменьшеніе ея эластичности, задѣваніе стопы за землю или спотыканіе и припаданье на здоровую ногу, въ особенности при скорой ходьбѣ.

Какъ было выше сказано, изъ всѣхъ пальцевъ главное значеніе имѣетъ первый, на который собственно и устанавливается

стопа, поднимающаяся на носокъ. Разсматривая наши исторiи болѣзней, гдѣ дѣло шло объ ампутацiи всѣхъ или нѣсколькихъ первыхъ костей metatarsi, мы находимъ, что больные въ большинствѣ случаевъ хромали. Такое же хроманiе отмѣчено въ случаѣ Galzin'a, гдѣ вмѣстѣ съ удаленiемъ 1-го и 2-го пальца были вылущены первыя двѣ плюсневыя и клиновидныя кости, между тѣмъ какъ въ случаѣ Küster'a, гдѣ были удалены послѣднiе 4 пальца съ соотвѣтственными костями metatarsi, походка больной, не смотря на значительное обезображиванiе, походила на нормальную; кромѣ того, при ампутацiи костей metatarsi удаляется передняя линiя опоры продольнаго свода стопы; результатомъ этого является уплощенiе свода, такъ какъ одна изъ образующихъ его опорныхъ дугъ осѣдаетъ и стопа принуждена въ передней части опираться не на головки костей metatarsi, а на ихъ отрѣзки.

Что такое осѣданiе дѣйствительно имѣетъ мѣсто, мы видимъ, разсматривая оттиски слѣдовъ стопы въ случаѣ № 1-й (рис. № 1).





Рис. № 1. $^1/_4$ естествен. велич.

У больного, описываемаго въ этомъ случаѣ, всѣ пальцы, вслѣдствіе обмороженія одной стопы были отняты, послѣ чего былъ взятъ первый оттискъ. Этотъ оттискъ показываетъ высокій сводъ, совершенно, не касающійся земли средней своей частью, опирающійся исключительно на пятку и головки костей metatarsi. Вслѣдствіе изъязвленія рубца больному черезъ 11 мѣсяцевъ были ампутированы всѣ кости metatarsi въ задней трети, и по заживленіи снова взятъ оттискъ слѣда той же стопы. Онъ представляется уже сплошнымъ, вся подошва прилежитъ къ землѣ; очевидно, сводъ сталъ ниже. То же самое, хотя въ нѣсколько меньшей степени, имѣемъ мы въ случаѣ № 9-й. Слѣдъ стопы, ампутированной на уровнѣ верхней трети костей metatarsi съ вылущеніемъ послѣдней изъ нихъ, имѣетъ перерывъ слѣда посрединѣ на 3 сант. короче, чѣмъ слѣдъ здоровой ноги.


Рис. № 2. $^1/_{16}$ естествен. велич.


Рис. № 3. $^1/_{16}$ естествен. велич.

Разсматривая Рентгеновскіе снимки нашихъ случаевъ, въ случаѣ № 1 до ампутаціи и послѣ нея (рис. №№ 2 и 3), мы находимъ подтвержденіе вышесказаннаго. Дуга, образуемая продольнымъ сводомъ стопы, проходящая черезъ нижній край головки 1-ой плюсневой, нижній край головки таранной кости и выходящая на нижній край пяточнаго бугра, т. е. проходящая по внутреннему краю продольного свода культи, имѣетъ высоту въ 4 сант. Послѣ ампутаціи костей metatarsi, та же дуга, проходящая черезъ нижній край отпила первой плюсневой или нижній край передней поверхности 1-ой клиновидной, имѣетъ высоту въ 3,1 сант.—на 0,9 сант. ниже первой т. е. сводъ сдѣлался ниже. Наружная дуга свода той же культи, проходящая черезъ

нижнiй край головки 5-й плюсневой, нижнiй край кубовидной и выходящая на нижную точку пяточнаго бугра, высотою равна 3,2 сант. тогда какъ на 2-мъ снимкѣ высота соотвѣтственной дуги равна 2,8 сант. т. е. ниже на 0,4 сант. Кромѣ того и на Рентгеновскомъ снимкѣ, и на отпечаткѣ слѣда совершенно ясно видно расхожденiе костей metatarsi послѣ ихъ ампутацiи и, слѣдовательно, осѣданiе поперечнаго свода стопы. Стопа дѣлается короче, но въ тоже время площе и шире въ переднемъ отдѣлѣ.

Въ нашемъ 1-мъ случаѣ до ампутацiи плюсневыхъ костей ширина слѣда по линiи, отстоящей на 14 сант. отъ задняго края, равна 6 сант., послѣ ампутацiи костей metatarsi ширина слѣда на 12 сант. отъ задняго края пятки равна уже 6 сант. Разсматривая и рентгеновскiе снимки, и отпечатокъ слѣда до поперечной ампутацiи костей metatarsi и послѣ нея мы замѣчаемъ еще одну характерную особенность, а именно, передне-внутреннiй край культи послѣ ампутацiи костей metatarsi осѣдаетъ гораздо больше чѣмъ передне-наружный.

Изъ вышеприведенныхъ измѣренiй мы видимъ, что внутреннiй край свода осѣлъ на 0,9 сант., тогда какъ наружный всего на 0,4; такимъ образомъ разница въ осѣданiи краевъ свода равна 0,5 сант.

На отпечаткѣ слѣда это явленiе вполнѣ подтверждается. Послѣ ампутацiи костей metatarsi площадь подошвы на оттискѣ съ внутренней стороны не только не меньше, но больше, чѣмъ снаружи, а такъ какъ съ внутренней стороны въ нормальной стопѣ сводъ выше приподнятъ отъ земли, чѣмъ съ наружной, то для того, чтобы получилось такое большое прилеганiе, нужно чтобы весь внутреннiй край коснулся земли и, слѣдовательно, опустился-бы съ гораздо большей высоты, чѣмъ наружный. Причина этого явленiя станетъ вполнѣ понятна, если мы вспомнимъ строенiе стопы. При ампутацiи плюсневыхъ костей, срѣзается одна сторона арки нишевиднаго продольного свода стопы костей, при чемъ ниша эта открыта кнутри и внутреннее ея отверстiе гораздо болѣе наружнаго. Чтобы опереться, хотя бы на три крайнiя точки, культя должна прикоснуться къ землѣ передне-внутреннимъ концомъ, который стоитъ гораздо выше передне-наружнаго, и долженъ при этомъ движенiи описать гораздо большую дугу, чѣмъ послѣднiй. Результатомъ этого, является не только большее опусканiе внутренняго края свода культи, но и подвертыванiе всей культи въ положенiе pes valgus.

Такое явленіе наблюдалось у большинства нашихъ больныхъ. Въ новѣйшей литературѣ мы не встрѣтили указаній на это явленіе, но въ старой они имѣются. Szymanowsky совершенно опредѣленно отмѣчаетъ его. Это же обстоятельство имѣетъ ввиду Legouest, когда совѣтуетъ для меньшаго нарушенія функціи оставлять внутренній край культи послѣ ампутаціи костей metatarsi длиннѣе.

Такое уплощеніе свода не можетъ не отозваться на прочности связочнаго аппарата стопы, которому, въ силу сказаннаго, задается гораздо большая работа; онъ оказывается недостаточнымъ и начинаетъ растягиваться, подъ вліяніемъ тяжести, давящей сверху. Наши больные №№ 1-й, 2-й и 3-й жалуются на тупую боль въ пяткѣ и подъемѣ послѣ долгой ходьбы и, надо полагать, что эта боль находится въ связи, именно съ уплощеніемъ свода. Не смотря на эти недостатки, ампутацію костей metatarsi приходится предпочитать вылущенію пальцевъ стопы, хотя при послѣдней операціи сводъ стопы остается невредимымъ и хрящевыя поверхности головокъ костей metatarsi представляютъ, въ смыслѣ безболѣзненности и выносливости, лучшую почву, чѣмъ распилы ихъ діафизовъ.

Иногда вслѣдъ за вылущеніемъ пальцевъ приходится черезъ нѣсколько времени ампутировать кости metatarsi, такъ какъ рубецъ изъязвляется и дѣлаетъ пользованіе культей невозможнымъ. Причины этого кроются въ томъ, что для покрытія головокъ костей metatarsi при вылущеніи пальцевъ обыкновенно не хватаетъ подошвеннаго лоскута и рубецъ приходится очень низко на переднемъ краю стопы. Изъязвленіе рубца имѣло мѣсто въ случаѣ Szymanowsky, Бахрушинской больницы, въ нашихъ 2-хъ случаяхъ и др.

Szymanowsky объясняетъ это изъязвленіе слѣдующимъ образомъ. Глубокая и поверхностная фасціи подошвы заключаютъ въ себѣ эластичную ткань и плотно состаются съ кожей; фасція эта начинается отъ пяточной кости и разбивается на 5 отростковъ къ пальцамъ. Въ силу этого, при давленіи на подошву, пальцы приходятъ противъ своей воли въ состояніе подошвеннаго сгибанія. При наступаніи, а въ особенности при отслаиваніи подошвы, фасція приходитъ въ напряженное состояніе. По этому рубецъ при отнятіи конца стопы будетъ проченъ только въ такой культѣ, гдѣ вмѣстѣ съ лоскутомъ подошвенная фасція прикрываетъ ко-

нецъ подошвы и заворочена на тылъ. Если же рубецъ находится низко, то фасцiя, усиленно напрягаясь, при каждомъ наступанiи растягиваетъ его и повреждаетъ. Szymanowsky поэтому предлагаетъ при вылущенiи пальцевъ укорачивать кости metatarsi на столько, чтобы ослабить напряженiе подошвенной фасцiи и имѣть возможность завернуть на тылъ подошвенный лоскутъ.

Какъ упомянуто выше, число ампутацiй костей metatarsi въ общемъ не велико, число же попавшихъ въ литературу еще меньше.

Schede насчиталъ всего 35 случаевъ поперечной ампутацiи metatarsi до 1874 года т. е. въ до антисептическую эпоху, когда ампутировали охотнѣе.

Farabeuf за ту же эпоху до 1878 года въ 10 большихъ парижскихъ больницахъ на 111 ампутацiй стопы нашелъ всего 3 ампутацiи костой metatarsi.

Съ 1880 до 1908 года по отчетамъ губернскихъ больницъ сѣверныхъ губернiй, Москвы и Московскихъ клиникъ, въ общей сложности 6-ти учрежденiй за 23 года (Пензенской, Костромской, Бахрушинской и клиникъ Склифосовскаго, Боброва и Дьяконова) я насчиталъ 158 ампутацiй, среди нихъ 17 ампутацiй стопы, считая въ томъ числѣ 3 ампутацiи костей metatarsi.

Всего въ литературѣ мнѣ удалось найти 11 случаевъ ампутацiи костей metatarsi, функцiональный результатъ которыхъ болѣе или менѣе извѣстенъ (Küster, Cochu, Hache, Heath, Schmidt.—2 случ., Galzin, Spengler, Бахрушинской больницы, Боброва, Склифосовскаго); если прибавить къ нимъ 10 случаевъ Томской госпитальной клиники за промежутокъ съ 1903 до 1908 года, то получится всего 21 случай. Среди нихъ поперечной ампутацiи metatarsi—10, вылущенiе одной или нѣсколькихъ плюсневыхъ т. е. продольного отнятiя стопы—11, двухсторонних—(1—Schmidt'a 2—Томской госпитальной клиники), кромѣ того во 2-омъ случаѣ Schmidt'a на другой ногѣ было произведено вычлененiе по Lisfranc'у, а въ случаѣ Томской клиники—по Абражанову. Въ 2-хъ случаяхъ Томской клиники (изъ нихъ одинъ двухсторонний) 1-ая плюсневая кость была вылущена, остальныя ампутированы *).

---

*) Всего въ Томской госпитальной клиникѣ съ 1895 года до 1908 было произведенъ 265 ампутацiй, изъ нихъ 36 ампутацiй стопы, въ томъ числѣ 21 ампутацiя костей metatarsi. Такое большое число послѣдней операцiи нужно всецѣло отнести къ обмороженiямъ ввиду суроваго климата Томска; изъ 10 случаевъ за послѣднiя 5 лѣтъ причиной ампутацiи въ 8 случаяхъ была гангрена вслѣдствiе обмороженiя.

Результатъ во всѣхъ случаяхъ получился хорошій. Не смотря на вышеуказанные недостатки, больные несли свой обычный трудъ и мало отличались отъ совершенно здоровыхъ людей.

Функціи стопы въ смыслѣ подвижности также не могли потерпѣть значительнаго ущерба. Всѣ мышцы, вращающія стопу, какъ цѣлое, остались на мѣстахъ и главный связочный аппаратъ былъ не тронутъ, кромѣ связокъ, соединяющихъ головки костей metatarsi. Разсматривая подвижность культи послѣ ампутаціи костей metatarsi, мы видимъ, что она уменьшилась сравнительно мало. Подошвенное и тыльное сгибаніе стопы до ампутаціи равно 31^0 и 26^0, послѣ нея—30^0 и 22^0, отведеніе и приведеніе до ампутаціи—15^0 и 9^0, послѣ—13^0 и 8^0 ротація кнутри и кнаружи 15^0 и 19^0, послѣ ампутаціи—15^0 и 18^0.

Что касается продольнаго вылущенія, то оно долго служило и служитъ до сихъ поръ предметомъ споровъ. Ужъ то обстоятельство, что въ литературѣ имѣется больше описаній продольныхъ ампутацій, чѣмъ поперечныхъ, тогда какъ въ дѣйствительности, надо думать, ихъ производится гораздо меньше, указываетъ, что эта операція обращаетъ на себя большее вниманіе, чѣмъ поперечная ампутація metatarsi.

Целесообразность этой операціи то совершенно отвергалась, то снова признавалась.

Legouest, представитель до антисептической эпохи, связываетъ съ этой операціей нарушеніе функціи стопы, Schede, стоящій на границѣ 2-хъ эпохъ, совершенно отрицаетъ полезность продольной ампутаціи стопы. Онъ говоритъ по поводу этой операціи слѣдующее: прежде практиковавшіяся ампутаціи и вычлененія по продольной оси стопы, удаленіе 2-хъ, 3-хъ и даже 4-хъ плюсневыхъ костей съ соотвѣтственными пальцами, такъ что остается только 1-ый палецъ съ соотвѣтственной плюсневой костью, совершенно оставлены и въ новой литературѣ едва-ли найдется случай этой операціи.

Извилистый рубецъ, часть котораго по меньшей мѣрѣ должна находиться на рубцевой опорной площади, представляетъ уже самъ по себѣ большой недостатокъ, но къ этому присоединяется еще отклоненіе стопы въ сторону и, какъ результатъ этого, невѣрная походка. Нужно принять во вниманіе еще слѣдующее обстоятельство. Стопа представляетъ сводъ въ 2-хъ направленіяхъ—поперечномъ и продольномъ. При продольной ампутаціи

удаляется одна изъ опоръ свода и поэтому происходитъ отклоненіе стопы въ положеніе pes varus или valgus, смотря потому, какая часть свода удалена; оставшаяся часть стопы является для больного не только излишней тяжестью, но она приноситъ вредъ больному, мѣшая ему пріобрѣсти надежную опору. Такимъ образомъ, по мнѣнію Schede, между рукой и ногой существуетъ громадная разница въ томъ отношеніи, что для кисти каждая фаланга, каждый кусокъ 1-го пальца можетъ приносить громадную пользу, тогда какъ на ногѣ важна прочная закругленная форма культи, а оставшійся палецъ причиняетъ своему обладателю много непріятностей, въ смыслѣ неправильнаго положенія рубца и затрудненія при выборѣ обуви. Однако послѣдующее время не оправдало положеній Schede.

Всѣ случаи, собранные мною въ эпоху послѣ появленія его работы, дали благопріятные результаты и авторы, описавшіе ихъ, высказываются въ пользу этого метода. Изъ 11 случаевъ, собранныхъ мною, въ 1-мъ (Küster'a) были вылущены 4 послѣднихъ плюсневыхъ съ соотвѣтственными пальцами, въ 2-хъ (Hache и Cochu)—4 послѣднихъ плюсневыхъ съ 3-мя пальцами, въ 3-хъ случаяхъ—по 2 плюсневыхъ съ пальцами (Бобровской клиники, Бахрушинской больницы и Schmidt'a), по 1-й плюсневой—2 случая (Склифосовскаго и Томской госпитальной клиники) и наконецъ въ 3-хъ случаяхъ (Galzin'a, Spengler'a и 2-мъ случаѣ Томской клиники) были удалены по нѣскольку плюсневыхъ костей съ соотвѣтственными пальцами и клиновидными костями (2 первыхъ плюсневыхъ съ клиновидными и пальцами, 3 первыхъ плюсневыхъ съ клиновидными и пальцами и 2 первыхъ плюсневыхъ съ клиновидными и пальцами).

Во всѣхъ 11 случаяхъ результаты въ смыслѣ функціи хороши. Больные могли пользоваться безъ помощи протеза ампутированной конечностью, при чемъ 2 (Galzin'a и Томской госпитальной клиники) прихрамывали и одинъ (Hache) ходилъ съ тростью.

Изъ дальнѣйшихъ нарушеній функцій стопы при продольной ея ампутаціи нужно отмѣтить отклоненіе культи отъ ея нормальнаго положенія. Отклоненіе это бываетъ двухъ видовъ 1) отклоненіе отъ продольной оси стопы и 2)—отъ продольной оси голени. Первое отклоненіе, касающееся главнымъ образомъ остатка передняго отдѣла стопы, на которое обращали особое вниманіе прежніе авторы (Legouest, Szymamowsky и др.) бываетъ къ

наружной сторонѣ. Еще Salleron, относительно своего больного, у котораго были удалены 4 послѣднихъ плюсневыхъ кости, предсказываетъ неизбѣжность послѣдующей дополнительной ампутаціи, такъ какъ, по его мнѣнію, оставшаяся 1-ая плюсневая кость не минуемо отклонится кнаружи. Chenu наблюдалъ такое отклоненіе у раненаго въ Крымскую кампанію, которому пришлось отнять 3 послѣднихъ плюсневыхъ кости; черезъ 4 мѣсяца появилось отклоненіе кнаружи оставшихся двухъ плюсневыхъ костей. Legouest также наблюдалъ это явленіе у больного съ удаленіемъ 4-ой и 5-й плюсновой; онъ говоритъ по этому поводу слѣдующее: когда удаляютъ 5-ую плюсневую кость, стопа почти сохраняетъ свое прямое состояніе, но, когда пораженіе больше и вмѣстѣ съ 5-й удаляется и 4-я, то оставленныя плюсневыя кости еще во время организаціи рубца, прежде чѣмъ больной поднялся съ кровати, отклоняются кнаружи и внутренній край стопы въ мѣстѣ соединенія 1-ой плюсневой съ 1-ой клиновидной представляетъ вершину открытаго кнаружи угла, стороны котораго образуются 1-ой плюсневой и внутреннимъ краемъ стопы отъ 1-ой клиновидной кости до конца пятки. Исходной точкой этого обезображиванія служитъ рубцовое стягиваніе.

Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда больные начинаютъ ходить, такое обезображиваніе еще болѣе увеличивается. Одновременно съ этимъ стопа претерпѣваетъ и другое измѣненіе; при отнятіи одного изъ ея краевъ, тылъ ея повертывается кнутри и эта ротація тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе удалено плюсневыхъ костей. Szymanowsky всѣ эти измѣненія ставитъ въ связь не только съ рубцовымъ стягиваньемъ, но и съ измѣненіемъ архитектуры скелета стопы. Нужно принять во вниманіе, что при отнятіи 4-хъ послѣднихъ пальцевъ 1-ый палецъ, благодаря рубцовому стягиванью, отклоняется кнаружи и ложится поперекъ почти передъ головками наружныхъ плюсневыхъ костей, такъ что дѣло иногда доходитъ до подвывиха, хотя головка 2-ой плюсневой кости больше выстоитъ, чѣмъ у 1-ой на 2—3,5 mm.; поэтому, по мнѣнію Szymanowsky, можно допустить, что въ отклоненіи внутреннихъ плюсневыхъ костей извѣстную роль играетъ и рубецъ, но главная причина заключается не въ рубцѣ, такъ какъ отклоненіе имѣетъ мѣсто и тогда, когда удаленъ внутренній край стопы, а слѣдовательно, и рубецъ помѣщается на внутренней сторонѣ и долженъ былъ-бы тянуть конецъ стопы не кнаружи, а кнутри.

Указанный авторъ выводитъ причины этого явленія изъ нишевиднаго устройства свода стопы. Въ двухъ стопахъ, составленныхъ подъ угломъ въ 25^0, всѣ опорныя точки (tuber calcanei, tuberositas oss. metat. V и ossa sesamoidea 1-го пальца) располагаются по правильному кругу съ діаметромъ въ 5″ 9‴, своды же стопъ образуютъ надъ этимъ кругомъ куполъ, проломленный спереди. Такимъ образомъ основаніе этого купола заключаетъ въ себѣ главныя опорныя линіи стопы. При съуженныхъ стопахъ опорныя линіи занимаютъ меньшіе отрѣзки круга и для того, чтобы стопы по прежнему стояли твердо, ихъ необходимо раздвинуть на большій уголъ, такъ какъ при этомъ у купола получается большее основаніе. Кромѣ того, когда удаляются 2 наружныя плюсневыя кости, то разрѣзается подошвенная фасція; этимъ ослабляется сила, скрѣпляющая сводъ стопы, вслѣдствіе чего появляется уплощеніе остающейся внутренней части свода стопы, на который теперь опирается тяжесть всего тѣла, сводъ этотъ осѣдаетъ кнутри и стопа по необходимости отвертывается носкомъ кнаружи. Если ампутированъ внутренній край, то стопа приметъ тоже состояніе, при чемъ тылъ ея повертывается кнутри, а пальцы и плюсневыя кости отворачиваются кнаружи. Среднія плюсневыя кости по своему строенію не могутъ поддержать край стопы въ выпукломъ состояніи и осѣдаютъ, при этомъ такъ же, какъ и въ 1-омъ случаѣ, здѣсь перерѣзается подошвенная фасція и, благодаря этому, уплощается сводъ. Всѣ вышеупомянутые моменты все болѣе и болѣе повертываютъ стопу тыломъ внутрь, и первое, что бросается въ глаза въ такой культѣ, это подвороченная кнутри ея верхняя сторона.

Schede признаетъ возможность отклоненія стопы, ампутированной продольно, и кнаружи, и кнутри, смотря потому, какая часть ея поперечнаго свода удалена и, слѣдовательно, установку культи въ положеніи не только pes valgus, но и pes varus.

Изъ собранныхъ нами случаевъ продольной ампутаціи стопы отведеніе оставшихся плюсневыхъ костей кнаружи отмѣчено только въ одномъ (Küster'a), гдѣ оставшаяся 1-я плюсневая вмѣстѣ съ 1-мъ пальцемъ сначала отклонилась кнутри, затѣмъ, благодаря обуви, отклонилась кнаружи Осѣданіе свода кнутри съ ротаціей подошвы стопы кнаружи замѣчено въ 3-хъ случаяхъ (Galzin'a, Cochu и Томской госпитальной клиники), въ остальныхъ случаяхъ отклоненія нѣтъ. Въ 2-хъ случаяхъ (Galzin'a и Cochu) замѣчена

неустойчивость культи: послѣдняя имѣетъ наклонность подвертываться въ сторону, при чемъ въ первомъ случаѣ больной больше всего опирается на пятку и наконецъ въ одномъ случаѣ (Cochu), гдѣ были удалены 4 послѣднія плюсневыя кости, 1-ая плюсневая кость черезъ 5 лѣтъ найдена увеличенной вдвое; соотвѣтственный палецъ и клиновидная кость тоже были увеличены, хотя и въ меньшемъ размѣрѣ. Положеніе рубца ни въ одномъ случаѣ не служило препятствіемъ ходьбѣ.

Такимъ образомъ культя стопы, ампутированной продольно, имѣетъ тенденцію опираться болѣе на внутренній край, независимо отъ того, какая сторона стопы отнята; при этомъ носокъ культи отклоняется кнаружи. Это явленія объясняется весьма просто нишевиднымъ устройствомъ свода стопы. При продольной ампутаціи свода ослабляется его крѣпость и онъ уплощается подъ вліяніемъ тяжести, давящей сверху. Благодаря нишевидному устройству свода, внутренняя дуга его остается всегда выше и больше наружной, какую бы сторону стопы не отняли. Эта внутренняя дуга при уплощеніи свода и растягиваніи его даетъ линію большей длины, чѣмъ наружная и слѣдовательно носокъ отклонится кнаружи. Внутренній край свода, чтобы коснуться земли, долженъ опуститься съ большей высоты чѣмъ наружный, такъ какъ онъ стоитъ выше и, опускаясь, наклонитъ кнутри корень стопы. Благодаря этому, и вся культя подъ вліяніемъ тяжести тѣла подвернется тыломъ внутрь. Такимъ образомъ уплощеніе свода влечетъ за собой проламливаніе его съ внутренней стороны и подвертываніе тыла культи кнутри.

Впрочемъ нужно замѣтить, что обстоятельство, указанное Schede,—возможность повертыванія культи въ положеніе pes varus—иногда можетъ имѣть мѣсто и отмѣчалось уже въ старой литературѣ (Robert, Fergusson). Въ такихъ случаяхъ 2-й палецъ, ставши крайнимъ, заворачивается внутрь, передняя часть стопы слѣдуетъ за нимъ и вся культя повертывается тыломъ кнаружи. Конечно, повертываніе культи, въ положеніе pes varus выгоднѣе для больного, такъ какъ даетъ болѣе широкую и устойчивую площадь опоры и не имѣетъ такой тенденціи увеличиваться, какъ pes valgus. Что касается вылущенія обѣихъ наружныхъ плюсневыхъ костей съ соотвѣтственной кубовидной, какъ это дѣлали Velpeau и Textor или двухъ внутреннихъ плюсневыхъ вмѣстѣ съ соотвѣтственными клиновидными (Lisfranc) или даже 4 наружныхъ

плюсневыхъ и 3-ьей клиновидной и кубовидной костей (Gay, Moore, Wordsworth), то при нихъ, не смотря на болѣе сильное обезображиванiе стопы, послѣдняя также не терпѣла значительныхъ функцiональныхъ разстройствъ. Случаи Galzin'a и Томской клиники съ удаленiемъ 2-хъ первыхъ плюсневыхъ и клиновидныхъ костей, затѣмъ случай Spengler'a съ удаленiемъ 3-хъ первыхъ плюсневыхъ и клиновидныхъ подтверждаютъ это.

Разсматривая Рентгеновскiй снимокъ культи съ удаленiемъ 5-ой плюсневой кости и ампутацiей остальныхъ 4-хъ пальцевъ, (рис. № 4), мы находимъ замѣтную расшатанность свода стопы. Промежутки между кубовидной, ладьевидной и клиновидными костями замѣтно больше, чѣмъ въ нормальной стопѣ и весь сводъ культи уплощенъ.

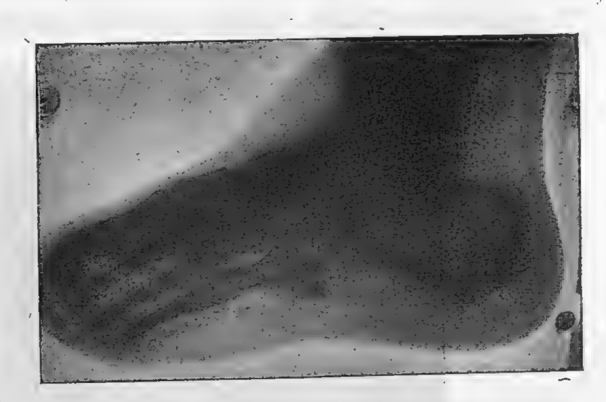


Рис. № 4. $^1/_{16}$ естествен. велич.

Подвижность продольно ампутированной стопы измѣняется сильнѣе, чѣмъ подвижность послѣ поперечной ампутацiи. Въ нашемъ случаѣ пострадали, какъ этого и слѣдовало ожидать, боковые виды движенiя: отведенiе, приведенiе и ротацiя. Сравнивъ подвижность въ нашемъ случаѣ на здоровой и на больной ногѣ, мы получимъ слѣдующiя цифры: подошвенное сгибанiе здоровой стопы—35°, больной—25°; тыльное—здоровой—19°, больной—36°; отведенiе здоровой стопы—15,5°, больной—16°; приведенiе здоровой—22°, больной—11; ротацiя кнаружи здоровой стопы—24°, больной—6,5°, кнутри—22° и 7°. Тогда какъ сгибанiе больной стопы въ общемъ не только не меньше, но даже больше, чѣмъ на здоровой, ротацiя ея меньше въ 3 раза, чѣмъ на здоровой стопѣ. Резюмируя все вышеприведенное, мы можемъ сказать, что ампутацiя костей metatarsi въ поперечномъ направленiи—операцiя вполнѣ справедливо получившая право гражданства въ хирургiи, такъ какъ она даетъ больному вполнѣ подвижную и работоспособную культю. Изъ всѣхъ культей стопы поперечнаго типа эта культя болѣе другихъ походитъ на нормальную

стопу. Да и продольная ампутація стопы, хотя при ней нарушеніе функцій разнообразнѣе, тоже заслуживаетъ предпочтенія передъ ампутаціей всего передняго отдѣла стопы, въ особенности, если дѣло идетъ о 1-мъ пальцѣ съ соотвѣтственной плюсневой костью. Отсюда вытекаютъ и соображенія о способѣ оперированія.

Ампутація плюсневыхъ костей является всегда операціей необходимости, когда очертанія лоскута указываются границами поврежденныхъ частей. Задачей хирурга является лишь забота, чтобы рубецъ не былъ на служебной сторонѣ стопы и не мѣшалъ бы ходьбѣ (рис. № 5). Если наружныхъ покрововъ достаточно, то здоровые отдѣлы скелета должны быть сохраняемы на мѣстѣ.



Рис. № 5. На лѣвой ногѣ культя послѣ ампутаціи костей metatarsi, на правой—по Абражанову.

При недостаткѣ покрововъ, если уцѣлѣла одна изъ крайнихъ костей metatarsi съ соотвѣтственнымъ боковымъ участкомъ мягкихъ частей, можно попытаться использовать ее для костнопластическаго прикрытія конца культи, руководствуясь принципомъ, примѣненнымъ д-ромъ Войно въ своемъ случаѣ. Случай этотъ былъ таковъ: у больного имѣлось размозженіе мягкихъ частей и покрововъ, какъ тыла, такъ и подошвы стопы въ области костей metatarsi, что исключало всякую мысль объ ампутаціи Chopart'a или Lisfranc'a ввиду отсутствія соотвѣтственныхъ мягкихъ частей, но уцѣлѣла 1-ая плюсневая кость съ боковой частью кожи. Эта кость была использована для образованія костно-пластическаго лоскута. Разрѣзъ мягкихъ частей былъ произведенъ

сначала по тылу стопы по линiи сочлененiя Lisfranc'а отъ бугорка 5-ой плюсневой кости до боковой поверхности головки 1-ой плюсневой кости. Затѣмъ такой же разрѣзъ, проходящiй по подошвѣ до бугорка 5-ой плюсневой; 4 послѣднiя плюсневыя кости вылущены; отпилена хрящевая поверхность кубовидной и 2-ой и 3-ей клиновидной кости. Затѣмъ перепилена продольно 1-ая плюсневая кость послѣ удаленiя надкостницы съ боковой (наружной) стороны. Образованный лоскутъ повернутъ съ внутренней къ наружной сторонѣ стопы на 90^0 и боковой распилъ 1-ой плюсневой кости приложенъ къ распилу кубовидной и 2-ой и 3-ьей клиновидныхъ костей. Результатъ получился хорошiй, и оперованный черезъ $1^1/_2$ мѣсяца ходилъ. Примѣняя этотъ методъ, нужно однако имѣть ввиду, что часть рубца будетъ лежать на служебной сторонѣ культи и только желанiе получить костно-пластическое окончанiе ея скелета оправдываетъ такую неправильность въ методикѣ.

Въ заключенiе привожу исторiи болѣзней, наблюдавшихся въ Томской госпитальной клиникѣ случаевъ съ 1903-го по 1908-й годъ.

1) Хр. мужчина 50 лѣтъ. По причинѣ обмороженiя сдѣлано вылущенiе всѣхъ пальцевъ на одной ногѣ и ампутацiя по Абражанову на другой. Черезъ 11 мѣсяцевъ изъязвленiе рубца на первой культѣ и ампутацiя всѣхъ костей metatarsi съ вылущенiемъ первой плюсневой. Хорошо ходитъ, слегка прихрамывая. При долгой ходьбѣ жалуется на боль въ пяткѣ и концѣ культи. При второй ампутацiи найдены суставы между головками костей metatarsi и мягкими частями (рис. № 5),

2) С. мужчина 45 лѣтъ. Самопроизвольная гангрена переднихъ частей обѣихъ стопъ. Ампутацiя 4 послѣднихъ плюсневыхъ костей съ вылущенiемъ 1-й на обѣихъ ногахъ. Хорошо ходитъ. Небольшая боль въ пяткѣ и подъемѣ при ходьбѣ. Ходитъ прихрамывая.

2) К. мужчина. 36 лѣтъ. Обмороженiе обѣихъ стопъ. Ампутацiя плюсневыхъ костей. Хорошо ходитъ, прихрамывая.

4) К. женщина среднихъ лѣтъ. Обмороженiе. Ампутацiя костей metatarsi. Хорошiй исходъ.

5) А. мужчина 35 лѣтъ. Тоже.

6) Кал. мужчина 40 лѣтъ. Тоже.

7) Н. женщина 35 лѣтъ. Тоже. Хромаетъ при ходьбѣ.

8) О. мужчина ср. лѣтъ. Гангрена стопы вслѣдствіе обмороженія. Ампутація 4-хъ первыхъ плюсневыхъ. Функція культи хороша. Хромаетъ.

9) Б. 34 лѣтъ. Обмороженіе стопы. Удалена послѣдняя плюсневая кость и вылущены пальцы. Через 4 недѣли ввиду изъязвленія рубца плюсневыя кости ампутированы въ верхней трети. Между ихъ головками и мягкими частями образовались суставы. Исходъ хорошій. При ходьбѣ хромаетъ и откидываетъ стопу кнаружи. Передній конецъ культи чувствителенъ. Въ пяткѣ и подъемѣ при утомленіи чувствуется боль.

10) Пожилой мужчина *). Крестьянинъ, чернорабочій. Ракъ внутренней части стопы. Удаленіе большого и второго пальца, 1-ой и 2-й плюсневыхъ костей и 2-хъ клиновидныхъ. Больной выписался съ вполнѣ работоспособной культей.

---

*) Случай описанъ въ статьѣ Ст. Замятина. Врачебная газ. 1908 № 7.

ГЛАВА V.

Exarticulatio metatarsea.

(Операція Lisfranc'a).

При вылущеніи всѣхъ костей metatarsi или при такъ называемой операціи Lisfranc'a удаляются всѣ плюсневыя кости въ линіи ихъ сочлененія съ клиновидными и съ кубовидной.

При этой операціи стопа укорачивается еще больше, чѣмъ при ампутаціи костей metatarsi, такъ что всѣ недостатки культи, получаемой отъ послѣдней ампутаціи, оказываются здѣсь еще болѣе выраженными.

Кромѣ того даже между высокой ампутаціей плюсневыхъ костей и ихъ вылущеніемъ въ анатомическомъ смыслѣ есть существенная разница.

При первой ампутаціи остается неповрежденнымъ весь мышечный аппаратъ, вращающій всю стопу, какъ цѣлое, тогда какъ при вычлененіи по Lisfranc'у удаляются вмѣстѣ съ основаніями плюсневыхъ костей окончанія мышцъ, къ нимъ прикрѣпляющихся: при этомъ важно отмѣтить еще слѣдующее обстоятельство; мышцы, приводящія стопу кнутри и подымающія кверху ея внутренній край, (mm. tibiales anticus et posticus) прикрѣпляются кромѣ основаній плюсневыхъ костей еще къ другимъ точкамъ опоры: первая—къ 1-ой клиновидной и капсулѣ 1-го клиновидно-плюсневого сустава, 2-ая—къ 2-ой и 3-ей клиновидной. Мышцы же, отводящія стопу кнаружи и подымающія ея наружный край (mm. peronei III et. brevis), только къ бугру 5-й плюсневой, такъ что при вылущеніи костей metatarsi въ суставѣ Lisfranc'a окончанія мышцъ, подымающихъ внутренній край стопы, остаются фиксированными на мѣстѣ, тогда какъ точки прикрѣпленія мышцъ, поднимающихъ наружный край и, слѣдовательно, опускающихъ внутренній, удаляются. Благодаря этому, опусканіе внутренняго края стопы совершается съ меньшей силой, такъ какъ производится на счетъ только одного m. peroneus longus.

Это обстоятельство особенно важно, такъ какъ является въ нѣкоторомъ смыслѣ компенсацiей неправильности скелета остающейся культи.

Какъ было указано выше, внутренній край стопы при нарушеніи цѣлости продольного свода опускается съ большей высоты и поэтому, чтобы передне-внутренняя опорная точка культи достала до земли, вся культя должна повернуться кнутри; благодаря этому, она, западая, принимаетъ положенін pes valgus и даже pes equino-valgus.

При операціи Lisfranc'а сохраняется мышечный аппаратъ, поднимающій внутренній край кверху т. е. особенно важный для культи Lisfranc'а, тогда какъ ослабляется аппаратъ, поднимающій наружный край культи. Послѣдній аппаратъ особенной важности для культи не имѣетъ, такъ какъ функція его исполняется уже самой костной основой культи, такъ что съ этой точки зрѣнія культя послѣ высокой ампутаціи плюсневыхъ костей не имѣетъ особыхъ преимуществъ передъ культей Lisfranc'а.

Иногда впрочемъ мышцы, подымающія внутренній край стопы, могутъ взять полный перевѣсъ надъ ослабленнымъ m. peronaeus longus и, сократившись, оставить въ приподнятомъ состояніи этотъ край. Въ такомъ случаѣ ступаніе совершается главнымъ образомъ на пятку и наружную часть стопы. Такой случай описанъ Verneuil'емъ, который имѣлъ возможность изслѣдовать больного, оперированнаго за 10 лѣтъ до изслѣдованія Iobert'омъ по способу Lisfranc'а.



Рис. № 6. На правой ногѣ культя Пирогова, на лѣвой—Lisfranc'а въ положеніи pes varus.

Въ 1-мъ нашемъ случаѣ ампутаціи по Lisfranc'у имѣется какъ разъ такое же явленіе. Положеніе культи въ pes varus съ приподнятымъ внутренне-переднимъ краемъ ясно видно на фотографическомъ снимкѣ съ больного (рис. 6). Кромѣ того оттискъ слѣда культи указываетъ, что сводъ въ стопѣ почти отсутствуетъ и передне-внутренняя опорная точка куль-

ти совершенно не касается земли; опорная площадь состоитъ изъ пятки, къ которой прилежитъ наружная полоса подошвы; весь внутренне-передній край срѣзанъ по прямой линіи и отсутствуетъ, такъ что стопа опирается только на пяточную и кубовидную кости.



Рис. № 7. На лѣвой ногѣ культя Malgaigne'я, на правой—Lisfranc'а въ положеніи pes valgus.

Во 2-омъ нашемъ случаѣ наоборотъ имѣется чаще встрѣчающееся положеніе культи въ pes valgus (рис. № 7). Здѣсь культя опирается на всю подошву, при чемъ 3-ей точкой опоры служитъ, опустившійся на 1-ую клиновидную кость, передне-внутренній край культи. На отпечаткѣ слѣда культи этотъ передне-внутренній край, отсутствующій въ первомъ случаѣ, во второмъ представляетъ главную часть площади слѣда (рис. № 8).



Рис. № 8. Слѣва оттискъ слѣда лѣвой культи Lisfranc'а (pes varus), справа—правой культи Lisfranc'а (pes valgus). $^1/_5$ естествен. величины.

При сличеніи 2-хъ оттисковъ слѣдовъ, изображенныхъ на рисункѣ, бросается въ глаза очень любопытная особенность: 1-ый оттискъ, снятый съ лѣвой культи, находящейся въ положеніи pes varus, совершенно походитъ по формѣ на оттискъ, снятый съ правой культи, но въ положеніи pes valgus. Очевидно форма слѣда тѣсно связана съ наклономъ культи въ извѣстную сторону.

На Рентгеновскихъ снимкахъ (рис. № 9) культя представляется почти совершенно лишенной продольнаго свода. Пяточная кость стоитъ почти на одной прямой съ остальными опорными костями скелета культи и съ этой точки зрѣнія положеніе пяточной кости почти таково же, какъ и въ культяхъ, имѣющихъ опорой одну пяточную кость; поперечный сводъ сохранился довольно отчетливо и передній край культи представляетъ, характерный для суставной линіи Lisfranc'a, изгибъ.

Рис. № 9. $^1/_4$ естествен. величины.

Изъ вышесказаннаго мы видѣли, что передне - внутренній конецъ культи Lisfranc'a можетъ фиксировать культю въ положеніи pes valgus и varus, слѣдовательно, онъ находится въ неустойчивомъ равновѣсіи.

Такое состояніе вполнѣ понятно. На Рентгеновскомъ снимкѣ культя Lisfranc'a представляется равноплечимъ рычагомъ; если мы примемъ за точку опоры этого рычага математическій центръ окружности, образуемой роликомъ таранной кости, то длина каждаго плеча равняется 7 сант. Передній конецъ передняго плеча оканчивается полукруглой аркой изъ 3-хъ клиновидныхъ костей и кубовидной. При правильной постановкѣ культи, концы этой арки должны упираться въ землю. При наступаніи на пятку такой культи, переднее плечо рычага упрется переднимъ концомъ въ землю. Этотъ конецъ представляетъ кривую плоскость, вогнутую кверху во фронтальномъ направленіи, причемъ внутренній край ея стоитъ выше наружнаго, такъ какъ сводъ стопы устроенъ на подобіе ниши. Слѣдовательно, стопа, чтобы получить полную опорную площадь съ 3-мя точками опоры, должна опуститься этимъ передне-внутреннимъ краемъ до земли и, слѣдовательно, стать въ положеніе pes valgus съ наклонностью къ equi-

po-valgus. Этому движенію противодѣйствуютъ, какъ было выше указано, мышцы, поднимающія внутренній край стопы кверху, и изъ сочетанія этихъ 2-хъ силъ создается равно-дѣйствующая, опредѣляющая положеніе стопы.

Schede, исходя изъ такой точки зрѣнія, совѣтуетъ при ампутаціи по Lisfranc'у оставлять передне-внутренній конецъ въ культѣ длиннѣе, чтобы создать 3-й опорный пунктъ для подошвы, такъ какъ, чѣмъ длиннѣе передне-внутренній край культи, тѣмъ меньшую дугу придется ему описать, чтобы прикоснуться къ землѣ и тѣмъ будетъ меньше положеніе стопы въ pes valgus.

Кромѣ того, чѣмъ длиннѣе переднее плечо рычага, тѣмъ легче мышцамъ, подымающимъ его края кверху, оказывать вліяніе на его положеніе. Отсюда вытекаетъ общее правило: избѣгать ампутировать переднюю стопу прямо поперекъ. Вылущеніе 1-ой плюсневой съ ампутаціей остальныхъ, какъ это дѣлалъ Raudens, должна быть замѣнена вычлененіемъ по Lisfranc'у, если нельзя сдѣлать косой ампутаціи плюсневыхъ костей, и тѣмъ болѣе не слѣдуетъ для упрощенія раскрытія суставной линіи Lisfranc'a перепиливать 1-ую клиновидную кость, чтобы легче вылущить 2-ую плюсневую, какъ это совѣтовали Lisfranc, Guthrie и др.

Szymanowsky совѣтуетъ въ такихъ случаяхъ лучше перепиливать у основанія 2-ую плюсневую. Послѣдній авторъ проводитъ изложенный принципъ и при промежуточныхъ ампутаціяхъ средняго отдѣла стопы. Вмѣстѣ съ Legouest онъ высказывается противъ вычлененія 3-хъ клиновидныхъ костей съ перепиливаніемъ или полнымъ оставленіемъ кубовидной кости, совѣтуя въ такихъ случаяхъ лучше удалить кубовидную. Съ этимъ трудно согласиться, такъ какъ на уровнѣ начала клиновидныхъ костей поперечный сводъ стопы сходитъ на нѣтъ.

Неровности костной площади опоры въ такихъ культяхъ заполняются мягкими частями и образуютъ плоскій широкій слѣдъ, на подобіе таковаго при ампутаціи по Chopart'у; поэтому въ задней части передняго отдѣла стопы, по мѣрѣ приближенія съ суставу Chopart'a, нужно стараться оставлять стопу возможно длиннѣе, щадя каждую кость и тѣмъ болѣе, чѣмъ ближе къ суставу Chopart'a производится ампутація.

Культя Lisfranc'a является вполнѣ подвижной культей.

Въ какомъ бы положеніи она не остановилась, она сохраняетъ 3 главные вида движенія стопы, конечно, въ нѣсколько

ограниченныхъ размѣрахъ. Въ нашемъ 1-мъ случаѣ подвижность была равна для сгибанія подошвеннаго — 20°, тыльнаго—8°, отведенія—8°, приведенія – 7°, для ротаціи кнаружи—8°, кнутри—12°. Во 2-мъ случаѣ соотвѣтственныя цыфры нѣсколько больше; онѣ равны 27° и 19°, 9°, и 23° 7° и 23°.

Уменьшеніе подвижности въ 1-мъ случаѣ объясняется тѣмъ обстоятельствомъ, что больной былъ вообще дряхлый старикъ, хотя, несомнѣнно, извѣстную часть увеличенія способности культи къ ротаціи кнаружи и уменьшенія кнутри нужно въ этомъ случаѣ отнести къ положенію стопы въ pes varus.

Считая операцію Lisfranc'а слишкомъ извѣстной, мы не станемъ приводить ея методики. Упомянемъ только, что способы Baudens'а съ тыльнымъ лоскутомъ или Soupart'а съ боковыми должны быть оставлены, такъ какъ гораздо лучше ампутировать стопу на болѣе высокомъ уровнѣ, чѣмъ дать паціенту культю съ рубцомъ на служебной сторонѣ конечности, такъ что можетъ быть рѣчь только о способѣ съ подошвеннымъ лоскутомъ.

До 1874 года, за промежутокъ въ 40 лѣтъ Schede насчиталъ 63 случая операціи по Lisfranc'у, изъ нихъ умерло 15, выздоровѣло 47; о функціональныхъ результатахъ, достигнутыхъ въ этихъ случаяхъ у Schede нѣтъ никакихъ указаній, но вообще относительно этой операціи онъ высказываетъ мнѣніе, что при ней неблагопріятный результатъ также рѣдокъ, какъ и при ампутаціи плюсневыхъ костей.

Послѣ 1884 года мною найдено въ литературѣ описаніе всего 20-ти случаевъ, гдѣ имѣются указанія на функціональный результатъ (Gorhan—2 случ., Cathcart, Tenderini, Schmidt, Jahn—2 случ., Plessing—5 случ., Rioblanc, Masse, Should, Wolf, Склифосовскій, Спасокукоцкій—2 случ. и Студенскій).

Если прибавить къ нимъ 3 случая, имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи, то всего выйдетъ 23 случая. Среди этихъ случаевъ 4 двухстороннихъ (Tenderini и Plessing—3 случ.,) и въ 11-ти другая стопа ампутирована по другому способу (ампутація metatarsi—Schmidt, по Chopart'у—случай Студенскаго и нашъ, amp. talo calcanea и черезъ os cuboideum—Horgan, по Le Fort'у – Rioblanc, по Пирогову—Wolf и нашъ случай, по Malgaigne'ю—нашъ случай и по Syme'у—Should и Cathcart.

Во всѣхъ этихъ 23 случаяхъ, не смотря на то, что въ 15-ти и другая стопа была ампутирована, результатъ получился хоро-

шiй. Въ 2-хъ только случаяхъ (Plessing и Спасокукоцкiй) впослѣдствiи развились pedes equini и во второмъ случаѣ Спасокукоцкаго конецъ культи былъ болѣзненъ.

Небольшое хроманье отмѣчено въ 1-мъ случаѣ (Tenderini) и въ случаѣ Спасокукоцкаго больной ходилъ, опираясь на пятку. Въ случаѣ Should'а и Cathcart'а больные прямо отдаютъ предпочтенiе культѣ Lisfranc'а передъ Syme'овской, а въ нашихъ случаяхъ передъ Пироговской и Malgaigne'вской.

Резюмируя вышесказанное о культѣ Lisfranc'а, нужно отмѣтить, что она является послѣдней изъ вполнѣ подвижныхъ культей. Ампутацiя костей слѣдующаго ряда приближаетъ культю уже къ Chopart'овской, такъ какъ уничтожаются мѣста прикрѣпленiя мышечнаго аппарата, производящаго тыльное сгибанiе стопы и противодѣйствующаго 3-хъ главой мышцѣ икры. Слѣдовательно, дѣятельность этого аппарата рѣзко ослабляется. Кромѣ того укорачивается переднее плечо рычага, который представляетъ собой стопа. Въ культѣ Lisfranc'а оба плеча этого рычага равны; при дальнѣйшихъ ампутацiяхъ переднее плечо становится короче задняго.

Эти оба обстоятельства играютъ большую роль въ ряду причинъ, способствующихъ ретракцiи пятки въ культѣ Chopart'а, такъ что слабыя стороны этой культи присущи, хотя и въ меньшей мѣрѣ, культямъ стопъ, ампутированныхъ между суставами Chopart'а и Lisfranc'а. Культя Lisfranc'а сохраняетъ всѣ главные виды движенiя стопы и вообще является послѣдней культей, приближающейся къ нормальной стопѣ. Поперечный сводъ изъ клиновидныхъ и кубовидной костей сохраненъ и опорная дуга передней части продольного свода равна такой же дугѣ въ задней его части.

Самая культя вполнѣ работоспособна и по своимъ качествамъ стоитъ много выше всѣхъ полуподвижныхъ, малоподвижныхъ и неподвижныхъ культей стопы.

Въ заключенiе привожу исторiи болѣзни случаевъ, находящихся въ моемъ распоряженiи.

1) Г. старикъ въ дѣтствѣ обморозилъ ногу, которая сама отвалилась въ передней части стопы въ суставѣ Lisfranc'а. Рубецъ безболѣзненъ, находится на верхней части передней стороны. Часть его покрыта небольшимъ слоемъ рогового вещества. Стопа въ положенiи pes varus. Другая стопа изъ за раковой опухоли

ампутирована по Пирогову. Пользуется обѣими культями хорошо, хотя ходитъ мало изъ за дряхлости.

Подъ наблюденіемъ находился 3 года. Культѣ Lisfranc'a не менѣе 40 лѣтъ (рис. № 6).

1) Б. 35 лѣтъ. Обмороженіе обѣихъ стопъ. На правой ногѣ поражены пальцы и небольшой участокъ передней части стопы, на лѣвой—пятка, передній отдѣлъ и наружная часть стопы. На правой ногѣ ампутація по Lisfranc'y, на лѣвой по Malgaigne'ю. Культя Lisfranc'a служитъ главной опорой тѣла.

Подъ наблюденіемъ находится 3 мѣсяца (рис. № 7).

3) Мужчина 57 лѣтъ. Обмороженіе обѣихъ стопъ. На правой стопѣ произведена ампутація по Lisfranc'y, на лѣвой по Chopart'y. Немного спустя, послѣ операціи, ввиду глубокаго омертвенія на правой пяткѣ, удаленъ весь пяточный бугоръ. Выздоровленіе. Безъ палки въ обыкновенной обуви несетъ обычныя работы въ качествѣ чернорабочаго.

Подъ наблюденіемъ находился 1 годъ.

ГЛАВА VI.

Exarticulatio mediotarsea

(ампутація Chopart'a).

Вычлененіе стопы въ суставѣ Chopart'a представляетъ удаленіе всего передняго отдѣла стопы. Нетронутыми остаются только 2 самыя большія кости стопы: таранная и пяточная, составляющія ея корень. Самый подвижный суставъ стопы, голеностопный, остается нетронутымъ; не повреждается также сочлененіе между пяточной и таранной костьми. Такимъ образомъ вся культя въ цѣломъ является очень подвижной; но отношенія частей стопы между собой совершенно измѣняются.

Въ нормальной стопѣ главная ея часть находится кпереди отъ точки опоры рычага, представляемаго стопой т. е. отъ математическаго центра окружности, образуемой роликомъ таранной кости; разстояніе отъ этого центра до задней точки опоры въ 4 раза меньше, чѣмъ такое же разстояніе до передней линіи опоры. При ампутаціи по Lisfranc'у разстоянія это равны. Что же касается Chopart'овской культи, то здѣсь главная масса костнаго скелета культи лежитъ не спереди, а сзади выше-упомянутой точки.

Опорной площадью культи служитъ нижняя поверхность пяточной кости, принимающая горизонтальное положеніе и часть ея, находящаяся кпереди отъ вышеупомянутаго центра опоры въ 4 раза меньше части, находящейся кзади. Такимъ образомъ длина плечъ рычага мѣняется въ обратномъ отношеніи. Переднее плечо дѣлается въ 4 раза короче задняго. При ампутаціи Chopart'a опорная костная площадь оканчивается переднимъ краемъ пяточной кости и этотъ передній край находится почти на одномъ уровнѣ по фронтальной плоскости съ переднимъ краемъ большеберцовой кости, выдаваясь впередъ своей верхней частью всего на $1\frac{1}{2}$ сант. Такимъ образомъ скелетъ культи состоитъ изъ высокой и узкой костной колонны, соединенной съ голенью весьма подвижнымъ шарниромъ и имѣющей 2-ой менѣе подвижный шар-

ниръ по срединѣ. Верхняя половина этой колонны, таранная кость, не находится на одномъ уровнѣ съ нижней, а нависаетъ надъ нею къ переди почти на 1 сант. и кнутри почти на 2 сант., поддерживаемая небольшимъ костнымъ отросткомъ и расположена на переднемъ скошенномъ краю пяточной кости.

Ужъ этимъ обстоятельствомъ, помимо всѣхъ прочихъ причинъ, можетъ быть обусловлено сползанье таранной кости съ пяточной и повертыванье передняго края культи книзу. Кромѣ того, какъ было выше сказано, разсматривая стопу, мы видимъ, что она представляетъ собою двуплечій рычагъ, длинное переднее плечо котораго обращено къ пальцамъ, короткое заднее къ пяткѣ. Оба эти плеча расположены въ сагиттальномъ направленіи не по одной плоскости, а вогнуты кверху сводообразно, причемъ вершина свода лежитъ у головки таранной кости впереди соединенія стопы съ голенью, т. е. у точки опоры рычага, концы же его упираются въ землю: одинъ въ пяткѣ, другой по линіи головокъ плюсневыхъ костей. При отнятіи передняго отдѣла стопы въ суставѣ Chopart'а сводъ прерывается въ самой высокой своей точкѣ. При этомъ переднее плечо рычага становится короткимъ и поднято высоко кверху, заднее же опущено внизъ, такъ какъ представляетъ заднюю опору свода. Естественно, что при нагруженіи такой культи т. е. при наступаніи на нее (которое совершается съ пятки) рычагъ повернется переднимъ концомъ книзу и упрется имъ въ землю.

Это свойство Chopart'овской культи упираться переднимъ концомъ въ землю, такъ же фатально какъ свойство Lisfranc'овской культи осѣдать кнутри, такъ какъ основано на самомъ устройствѣ костяка культи. Слѣдовательно, уже a priori можно сказать, что культя Chopart'а при попыткахъ ступить на нее, опустится, переднимъ концомъ книзу и упрется имъ въ землю.

Разсматривая культи Chopart'а, мы находимъ подтвержденіе этого положенія; культя Chopart'а иногда теряетъ часть своей работоспособности, именно благодаря такому оттягиванію пятки кверху и опусканью рубца въ землю, послѣ того какъ больной всталъ на ноги.

Но классически различается два вида оттягиванія пятки: первичное и вторичное. Въ первомъ изъ нихъ пятка принимаетъ оттянутое кверху положеніе еще до тѣхъ поръ, когда больной всталъ на ноги, слѣдовательно, это явленіе можетъ возникнуть въ ненагруженной культѣ.

Насколько ясенъ 2-ой видъ оттягиванья пятки, имѣющій ясную причину въ строеніи скелета культи, настолько же спорны причины перваго. Для объясненія его предлагалось много теорій. Наиболѣе простою причиною является мышечная тяга культи сзади. Самая главная мышца икры остается нетронутой, тогда какъ всѣ ея оппоненты рѣзко ослабляются. Нѣтъ, конечно, никакого сомнѣнія, что извѣстную и при томъ не малую роль въ возникновеніи запрокидыванья стопы книзу играетъ этотъ моментъ.

Такъ думали многіе хирурги, начиная съ M. A. Petit и позднѣе Larrey, Jobert, Nélaton, Legouest, Dieffenbach и др.

Однако рядъ другихъ авторовъ указываетъ на то, что такое запрокидыванье имѣло мѣсто и при разслабленномъ состояніи Ахиллова сухожилія.

Boeckel упоминаетъ о 33-хъ случаяхъ ампутаціи по Chopart'у; изъ нихъ въ 19-ти имѣлось запрокидыванье пятки, причемъ напряженное состояніе Ахиллова сухожилія не служило причиной этого, такъ какъ перерѣзка его не улучшала положенія стопы.

Изъ имѣющихся въ литературѣ патолого-анатомическихъ описаній запрокинутыхъ культей Chopart'a, Verneuil'я и Schneider'a, въ обоихъ случаяхъ, при полномъ запрокидываньи культи, контрактура Ахиллова сухожилія не служила причиной запрокидыванья. Въ первомъ случаѣ оно представляло ясную дугу, выпуклую кзади, во второмъ былъ перерѣзанъ m. gastrocnemius при ампутаціи.

Szymanowsky также вспоминаетъ о случаяхъ анатомическаго изслѣдованія, гдѣ при пяткѣ, запрокинутой вверхъ, имѣлось разслабленіе Ах. сухож.

Boeckel выставляетъ причиной запрокидыванья культи воспаленіе голеностопнаго сустава и глубокихъ мышцъ голени во время заживленія, далѣе, вступаетъ въ свои права механическое дѣйствіе тяжести тѣла на таранную кость, которая не подкрѣпляется болѣе переднею частью свода.

Szymanowsky видитъ первоначальную причину такого первичнаго запрокидыванья культи въ строеніи ролика таранной кости и межлодыжковой ниши, образуемой концами tibia и fibula; роликъ таранной кости кзади уже на 2—3 линіи, чѣмъ кпереди, и раздвиганіе лодыжекъ при сильномъ тыльномъ сгибаніи, когда въ суставную нишу входитъ болѣе широкая передняя часть таранной кости, превышаетъ одну линію. При операціи Chopart'a обыкновенно запустѣваетъ голеностопный суставъ, такъ какъ онъ не

функціонируетъ и прекращается выдѣленіе синовіи. Вслѣдствіе этого лодыжки теряютъ свою подвижность и fibula приближается къ tibia. Кромѣ этого при ампутаціи Chopart'a теряется сила всѣхъ мускуловъ, которые втискиваютъ таранную кость широкимъ переднимъ концомъ между костями голени, вопреки стремленію этихъ костей соединиться. Таранная кость сама по себѣ мышечныхъ прикрѣпленій не имѣетъ и поэтому роликъ ея, клиновидный, болѣе широкій спереди, смѣщается впередъ и книзу, помѣщаясь въ суставной нишѣ своимъ узкимъ заднимъ концомъ, и обусловливаетъ запрокидываніе стопы книзу.

Neudörfer приписываетъ явленіе эквинизма воспалительному разбуханью суставныхъ хрящей голеностопнаго сустава, которое выталкиваетъ стопу изъ суставной ниши впередъ.

Nélaton первый обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что стопа при продолжительномъ лежачемъ положеніи больного приходитъ сама по себѣ, въ состояніе подошвеннаго сгибанія и легкаго отведенія, въ особенности, если имѣется на лицо атрофія мышечнаго аппарата. Въ такомъ положеніи стопа обыкновенно застываетъ и ее трудно бываетъ вернуть въ прежнее положеніе. Тяга трехглавой мышцы икры, достаточная, чтобы запрокинуть пятку кверху при нормальномъ состояніи разгибателей, конечно произведетъ это запрокидыванье еще энергичнѣе въ культѣ, гдѣ разгибатели сильно ослабли.

Во время рубцеванія, иногда очень медленнаго, m. triceps, по словамъ Verneuil'я, подтягиваетъ пятку кверху и кнутри путемъ активнаго сокращенія и контрактуры; оттягиваніе дѣлается постояннымъ, благодаря послѣдующимъ спайкамъ и сведеніямъ глубокихъ заднихъ мышцъ голени.

Lapointe считаетъ это запрокидываніе покойно лежащей стопы необходимымъ послѣдствіемъ преобладанія заднихъ мышцъ надъ передними. Состояніе это зависитъ отъ соотношенія тонуса обѣихъ группъ мышцъ антагонистовъ. Тѣ измѣненія, которыя вноситъ ампутація по Chopart'y въ анатомическія и механическія отношенія стопы, только усиливаютъ преобладаніе подошвенныхъ сгибателей, тогда какъ тыльные сгибатели ослабляются. Это положеніе усиливается еще и потому, что плечо рычага, къ которому приложена сила тыльныхъ сгибателей, сильно укорачивается, отчего и сама сила мышцъ теряется. Кромѣ того нужно обратить вниманіе еще на то обстоятельство, что сухожилія мышцъ

стопы, перерѣзанныя при ампутацiи, не всегда прирастаютъ къ рубцу. Въ случаѣ Schneider'a, mm. flexores digitorum longus et hallucis longus сократились такъ сильно, что концы ихъ сухожилiй находились на ширину ладони выше внутренней лодыжки и ихъ сухожильныя влагалища запустѣли. Въ случаѣ Verneuil'я сократились обѣ группы антагонистовъ, причемъ, сухожилiя разгибателей, образовавъ родъ оболочки, отошли къ передней части таранной кости, къ которой эта оболочка и прикрѣплялась. Сгибатели тоже отошли кверху и ни тѣ, ни другiе къ рубцу не прикрѣплялись. Однако у сгибателей есть важное преимущество: ихъ сухожилiя остаются нетронутыми на большемъ пространствѣ; они проходятъ черезъ весь лоскутъ и загибаются съ нимъ съ подошвы на тылъ что даетъ имъ лишнюю точку опоры, тогда какъ разгибатели перерѣзываются гораздо выше и къ ихъ сокращенiю нѣтъ никакихъ задерживающихъ точекъ.

Farabeuf приводитъ еще одну причину первоначальнаго оттягиванiя. Иногда воспалительный процессъ поражаетъ влагалища мышцъ и клѣтчатку, находящуюся сзади tibia и надъ задней поверхностью calcanei. Образующаяся фиброзная ткань подтягиваетъ пятку къ задней поверхности голени

Нужно упомянуть еще о теорiи сгибателей. Въ основанiе этой теорiи Larger положилъ свой случай съ запрокидыванiемъ культи Chopart'a, излеченный электризацiей переднихъ мышцъ голени. Эта атрофiя была указана еще Velpeau, Geraldès, Verneuil'емъ и др., но никто изъ нихъ не настаивалъ на томъ, что эта атрофiя происходитъ скорѣе въ мышцахъ передней части голени, чѣмъ въ задней.

Разсматривая рядъ вышеприведенныхъ мнѣнiй, мы видимъ, что для первичнаго эквинизма культи Chopart'a имѣется много условiй; ихъ можно раздѣлить на механическiя (строенiе суставныхъ поверхностей), физiологическiя (преобладанiе мышцъ сгибателей надъ разгибателями) и патологическiя (воспалительныя рубцовыя измѣненiя окружающихъ частей). Всѣ эти условiя могутъ установить культю въ запрокинутомъ положенiи, а въ дальнѣйшемъ теченiи ей трудно принять нормальный видъ, такъ какъ положенiе это дѣлается стойкимъ и послѣдующая перерѣзка Ахиллова сухожилiя не въ силахъ его измѣнить.

Когда больной послѣ заживленiя раны, съ описанными выше явленiями или безъ нихъ, встаетъ на ноги, то всѣ условiя рѣзко

измѣняются въ пользу эквинизма. Нагруженная культя обопрется на пятку и передній конецъ ея роковымъ образомъ опустится къ землѣ. Ввиду того, что передняя линія костной опоры, состоящая изъ пяточной и таранной кости, для пріобрѣтенія устойчивости культи, должна вся опереться о землю, таранной кости, которая нависаетъ надъ пяточной съ внутренней стороны, чтобы достать до земли, придется опуститься съ большей высоты, чѣмъ пяточной, вся культя, благодаря этому обстоятельству, кромѣ положенія подошвеннаго сгибанія, повернется еще тыльнымъ краемъ кнутри т. е. придетъ въ положеніе pes equino-valgus. Но положеніе все таки получится мало устойчивымъ и тяжесть тѣла, давя сверху на опорный аппаратъ, будетъ отгибать пяточную кость кзади; въ тяжелыхъ случаяхъ, какъ у Verneuil'я, пяточная кость можетъ стать совершенно сзади tibia, параллельно ей.

Поворотъ въ силу механическихъ условій не избѣженъ, такъ какъ единственное противодѣйствіе, ввидѣ дѣятельности мышцъ разгибателей, которое можетъ противопоставить ему больной, крайне ничтожно и въ лучшемъ случаѣ способно только компенсировать работу сгибателей стопы.

Отношенія таранно-пяточнаго массива въ смыслѣ измѣненія его устойчивости подробно изучены въ работѣ Lapointe. Онъ разсматриваетъ 3 послѣдовательныя фазы этихъ отношеній въ Chopart'овской культѣ отъ нормальнаго положенія, до полнаго запрокидыванія пятки. Въ 1-й фазѣ положеніе таранно-пяточнаго массива нормально. Во 2-й фазѣ запрокидыванія еще нѣтъ, такъ какъ пяточный бугоръ еще не поднялся отъ площади опоры. Tibia опустилась, толкая къ горизонтальной плоскости передній край calcanei, который описываетъ дугу съ центромъ въ заднемъ бугрѣ. Пяточная кость стоитъ нижней поверхностью на горизонтальной плоскости; таранно-пяточный массивъ имѣетъ 2 точки опоры и долженъ былъ бы находиться въ равновѣсіи, если бы линія, опредѣляющая направленіе силы, отвѣчающей тяжести тѣла, пересѣкала горизонтальную плоскость между точекъ опоры.

Это необходимое условіе отсутствуетъ въ таранно-пяточномъ массивѣ, отдѣленномъ отъ свода стопы и осѣвшемъ до земли. Когда отъ свода остается только задняя его дуга, таранная кость, лишенная передней точки опоры, уступаетъ силѣ большеберцовой кости, давящей сверху и, слѣдуя по наклонной плоскости пяточной кости кнутри впередъ, соскальзываетъ на sustentaculum.

Размѣры этого движенiя ограничиваются натяженiемъ таранно-пяточнаго связочнаго аппарата и въ частности межкостной связкой. Sustentaculum опускается внутрь до тѣхъ поръ, пока сильныя связки, прикрѣпляющiя его къ внутренней лодыжкѣ, допускаютъ ротацiю пяточной кости внутрь. Такимъ образомъ измѣненiя, вызываемыя этимъ движенiемъ таранной кости впередъ внизъ и внутрь, выражаются въ опусканiи sustentaculi и повертыванiи calcanei верхней частью внутрь по его килевой оси т. е. продольной оси, расположенной на нижней поверхности. Точка приложенiя силы, отвѣчающей тяжести тѣла, переносится впередъ отъ точекъ опоры и это обстоятельство, въ связи съ вышеуказаннымъ повертыванiемъ calcanei, дѣлаетъ неизбѣжнымъ оттягиванiе пятки кверху при стоячемъ положенiи больного; такъ какъ сила, отвѣчающая тяжести тѣла, дѣйствуетъ на точку, расположенную впереди точекъ опоры, то равновѣсiе массива нарушается и поддержать его при данныхъ условiяхъ, вопреки законамъ механики, могли бы только переднiя мышцы, настолько сильныя, чтобы задержать тяжесть въ среднемъ у взрослаго человѣка около 30 kilo т. е. половину тяжести тѣла.

По моимъ измѣренiямъ на 25 снимкахъ по Рентгену со стопы взрослаго человѣка нижнiй край передняго конца таранной кости отстоитъ отъ внутренней опорной линiи свода соединяющей нижнiй край головки 1-й плюсневой и пяточный бугоръ на 3,5—4 сант., такой же край пяточной кости отстоитъ отъ наружной опорной линiи свода, соединяющей пяточный бугоръ съ нижнимъ краемъ головки 5-й плюсневой или съ нижнимъ краемъ бугристости 5-ой плюсневой на 2,5—3 сант. Слѣдовательно, концы таранно-пяточнаго массива должны опуститься съ такой высоты (не считая мягкихъ частей), чтобы опереться на почву; при этомъ таранная кость должна опуститься съ высоты на 1 сант. большей, чѣмъ пяточная, что несомнѣнно вызываетъ соотвѣтственное смѣщенiе впередъ точки приложенiя силы, отвѣчающей тяжести тѣла и вышеупомянутый поворотъ пяточной кости.

Механическая теорiя эквинизма, выставленная первоначально Sédillot и поддержанная Legouest, Paulet и др., несомнѣнно правильно объясняетъ ретракцiю пятки при вторичномъ эквинизмѣ, когда больной уже всталъ на ноги и тяжесть тѣла вступила въ свои права.

Ввиду того, что передне-внутреннiй край культи Chopart'a лишенъ точки опоры, онъ такъ же, какъ и въ культѣ Lisfranc'a,

находится въ неустойчивомъ равновѣсіи и, благодаря этому, культя также можетъ находиться въ положеніи pes varus и valgus. Первое положеніе выгодно для больного и можетъ пріучить культю находиться въ состояніи устойчиваго равновѣсія, второе же, постепенно увеличиваясь, можетъ совершенно погубить культю, вызвавъ явленія крайняго эквинизма.

Результаты, полученные, Verneuil'емъ и Schneider'омъ при анатомическомъ обслѣдованіи, рисуютъ картину такого рѣзко выраженнаго эквинизма. Въ случаѣ Verneuil'я пяточная кость была отодвинута за больше-берцовую и стояла почти параллельно ей, такъ какъ ея ось образовала съ осью голени уголъ въ 25^0, открытый кверху. Задняя поверхность пяточной кости смотрѣла почти прямо кверху, а передняя упиралась въ полъ. Верхняя, обыкновенно горизонтальная, поверхность передней своей частью соприкасалась съ сочленовнымъ концомъ tibia и между ними образовался искусственный суставъ. Таранная кость потерпѣла подобное же смѣщеніе, при чемъ ея верхняя суставная поверхность находилась съ соотвѣтственной поверхностью голени только въ небольшомъ соприкосновеніи далеко кзади.

Такія же отношенія находимъ мы и у Schneider'a. Таранная и пяточная кости повернуты сильно (на 30^0) внизъ; передняя поверхность головки таранной кости, которая обыкновенно направлена впередъ, смотритъ назадъ и внизъ, точно также, какъ и передняя поверхность передняго отростка calcanei. Эта часть ея, лежавшая по продольной оси tibia, была опорнымъ пунктомъ при стояніи и ходьбѣ. Lapointe ставитъ въ связь степень ретракціи съ силой сопротивляемости связочнаго аппарата. Сильной степени запрокидыванія культя достигаетъ лишь тогда, когда таранная кость, подъ вліяніемъ постояннаго насилія, растянетъ не только связки, привязывающія ее къ лодыжкамъ, но еще и могучій таранно-пяточный связочный аппаратъ и въ частности межкостную связку, которая удерживаетъ ее вмѣстѣ съ tibia на наклонной поверхности пяточной кости. Schede, признавая теоретически правильность механической теоріи, въ тоже время сообщаетъ, что ему самому не приходилось видѣть запрокинутую культю Chopart'a и явленія, описываемыя Verneuil'емъ на вскрытіи запрокинутой культи, онъ относитъ скорѣй къ хроническому воспаленію сустава, чѣмъ къ особенностямъ культи. Разсматривая вышеизложенное, мы должны заключить, что положеніе культи

Chopart'а въ нѣкоторой степени pes equino-valgus или equino-varus есть явленіе естественное для этой культи; такое положеніе часто не мѣшаетъ ей быть работоспособной.

Авторы прежняго времени описываютъ достаточное число случаевъ, въ которыхъ больные прекрасно пользовались своими культями.

Broca, Huguier, Chassaignac, Boucher демонстрировали случаи годности культи Chopart'а.

Broca демонстрировалъ, оперированнаго на обѣихъ сторонахъ хирургомъ Pierret, шарманщика, который 42 года ходилъ на своихъ культяхъ. Больной Зеленкова, съ двусторонней ампутаціей по Chopart'у, могъ дѣлать большіе переходы.

Даже значительное запрокидываніе культи не исключаетъ возможности пользоваться ею.

Malgaigne видѣлъ одного больного, который былъ способенъ на своей запрокинутой культѣ проходитъ милю въ часъ.

Больной Günther'а съ ампутированными по Chopart'у обѣими стопами, не смотря на запрокидыванье культей, могъ пѣшкомъ пройти изъ Бельгіи въ Саксонію.

Но на ряду съ этими удачными случаями, старая литература по вопросу объ ампутаціи Chopart'а представляетъ цѣлый мартирологъ больныхъ, получившихъ негодныя культи и не пользовавшихся ими.

У Boeckel'я изъ 33 больныхъ только 7 могли ходить; у 19 развилось оттягиванье пятки назадъ, а у 5 изъ за рецидива болѣзни пришлось ампутировать голень.

Bouvier собралъ изъ французской литературы до 60-хъ годовъ значительное число случаевъ, изъ которыхъ большинство не увѣнчалось успѣхомъ; онъ приводитъ сообщеніе Villermés, который въ 1815-мъ году видѣлъ въ госпиталѣ инвалидовъ не менѣе 20 оперированныхъ по Chopart'у, не бывшихъ въ состояніи пользоваться культей и нѣкоторые изъ нихъ желали подвергнуться ампутаціи голени; онъ вспоминаетъ также, что Malgaigne и Verneuil видѣли неудачные результаты у оперированыхъ хирургомъ Richerand, а Stansky, который имѣлъ случай вскрывать трупъ, оперированнаго по Chopart'у хирургомъ Laborie, даетъ совѣтъ совершенно отказаться отъ этой операціи.

Отчего зависѣли эти тяжелые случаи запрокидыванія культи съ изъявленіями въ рубцѣ, дѣлавшаго культю негодной, и не есть

ли это, какъ думаетъ Schede, результаты воспаленія сустава, а не самой операціи, сказать въ настоящее время весьма трудно.

Какъ на важное обстоятельство, подтверждающее положеніе Schede, нужно указать на то, что антисептика свела количество негодныхъ культей Chopart'а до очень небольшого числа.

Уже Schede къ 1874-му году могъ набрать въ ближайшей современной ему литературѣ большей частью послѣ 1868-го года 132 случая, изъ которыхъ 110 хорошо пользовались культей, а 12 сносно. Въ одномъ случаѣ (Ried'а) получилось оттягиваніе пятки и въ 9 понадобилась реампутація.

Разсматривая подробнѣе данныя, собранныя Schede, мы получимъ слѣдующія цифры. Изъ 168 случаевъ, собранныхъ Schede, онъ выбрасываетъ 12 случаевъ Blasius'а (одинъ съ запрокидываніемъ культи), какъ недостаточно извѣстные; изъ остальныхъ 156 умерло отъ различныхъ причинъ (піэмія, trismus, чахотка, рецидивъ злокачественнаго новообразованія) —21. Слѣдовательно пережило 135. Окончательный результатъ извѣстенъ въ 132 случаяхъ; изъ нихъ 110 пользовались культей. Въ 7 случаяхъ (Ried'а) походка была затрудненной (тѣмъ не мнѣе они причислены къ удачнымъ), у 3-хъ имѣлись фистулы. Въ 1-мъ случаѣ (Ried'а) имѣлось запрокидываніе культи, исчезнувшее послѣ тенотоміи.

Если изъ общаго числа 132 выбросить 9 случаевъ съ рецидивомъ болѣзни, то на 123 случая придется 13 неудачныхъ (10,5%). Эта цыфра, полученная изъ данныхъ пограничной эпохи весьма мала, если сравнить ее съ данными до антисептической эпохи. У Boeckel'я процентъ запрокидыванья пятки достигаетъ почти 50%; у Weber'а и Tremmert'а свыше 30 и т. д.

Болѣе новая статистика Autenrieth'а даетъ на 178 случаевъ 14% запрокидыванія культи.

Мнѣ удалось найти въ литературѣ послѣ 1874-го года 105 случаевъ ампутаціи по Chopart'у (Albert, Guerin, Güterbock—2 случая, Queste, Rudnik, Bouchez, Tenderini, Spengler—7 случ., Duret, Cathcart, Horgan, Schinzinger, Bogdanick, Sourier, Smidt—2 случая, Jahn—16 случ., Dwyer—5 случ., Murdoch, Millroy, Berger, Essen—2 случ., Schrade—10 случ., Godefroy, Verdelet, Glazerbrock, Widmer—20 случ., Buchholtz—4 случ., Helferich, Абражановъ, Студенскій, Склифосовскій Павловъ—6 случ., Зеленковъ—7 случ., Спасокукоцкій—2 случ. (Если къ этому числу прибавить 6 случаевъ находящихся въ нашемъ распоряженіи, то

выйдетъ всего 111 случаевъ операцiи по Chopart'у. Изъ этого числа въ 17 случаяхъ была произведена amput. talo calcanea и въ 7 различныя модификацiи, близко стоящiя къ основному типу (5 случаевъ по Helferich'у и 2—по Абражанову). 7 случаевъ двусторонних: въ 1-мъ случаѣ на 2-ой ногѣ—ампутацiя голени, въ 1-мъ стопы по Пирогову, въ 2-хъ—по Lisfranc'у и въ 1-мъ ампутацiя плюсневыхъ костей. Изъ всего этого числа умерло 5, неполное выздоровленiе—въ 6, рецидивъ болѣзни—въ 3 случаяхъ, плохой исходъ съ запрокидыванiемъ культи—въ 2 случаяхъ и негодная культя—въ 3 случаяхъ.

Такимъ образомъ на 97 случаевъ, въ которыхъ функцiональный исходъ извѣстенъ, въ 5 онъ былъ неудаченъ (5,3%) (Schneider, Спасокукоцкiй—2 случая, Rose—2 случая). Въ одномъ случаѣ (Godefroy) при двусторонней ампутацiи по Chopart'у былъ сдѣланъ артродезъ голеностопнаго сустава на обѣихъ стопахъ и въ другомъ (Тихова) анкилозъ явился результатомъ послѣ операцiоннаго нагноенiя голеностопнаго сустава; въ обоихъ случаяхъ исходъ былъ хорошъ, если не считать небольшого хромания. Въ одномъ случаѣ (Millroy) въ культѣ была оставлена ладьевидная кость.

Въ 2-хъ случаяхъ (Schinzinger'а и Bogdanick'а) операцiя Chopart'а была примѣнена съ исключительной цѣлью прикрыть язвы передней поверхности голени. Лоскутъ въ этихъ случаяхъ брался изъ мягкихъ частей всей подошвы, причемъ свободнымъ краемъ и прикрыта была язва. Въ первомъ случаѣ былъ рецидивъ язвы до 6 см., что впрочемъ не мѣшало пацiенту проходить по 10 километровъ въ сутки. Во 2-мъ случаѣ у пацiента, 12-ти лѣтняго мальчика съ гангреной послѣ скарлатины, результатъ получился вполнѣ благопрiятный. Мальчикъ въ простомъ сапогѣ съ шинами прекрасно ходилъ. Въ этомъ 2-мъ случаѣ была спилена головка tali.

Изъ приведенной статистики мы видимъ, что неудача въ смыслѣ функцiи въ результатѣ операцiи Chopart'а бываетъ рѣдко: даже изъ 7-ми больныхъ съ двусторонней ампутацiей по этому способу 6, оставшихся въ живыхъ, больныхъ хорошо пользовались культями.

Между тѣмъ извѣстная степень эквинизма, которая неизбѣжно бываетъ, не мѣшаетъ пользоваться культей. Въ 3-хъ случаяхъ, приведенныхъ Lapointe, и въ нашихъ 2-хъ случаяхъ (№№ 1 и 3) на снимкахъ по Рентгену (рис. №№ 10 и 11) совершенно ясно замѣтно запрокидыванiе культи, ничѣмъ впрочемъ неотразив-

шееся на ея работѣ; по наружному виду культя въ этихъ случаяхъ не запрокинута (см. рис. № 5 въ 4-й главѣ) и только неблагопріятныя условія, какъ очень высокій сводъ стопы и слабость связочнаго аппарата могутъ усилить это запрокидываніе до такой степени, что культя утратитъ работоспособность.



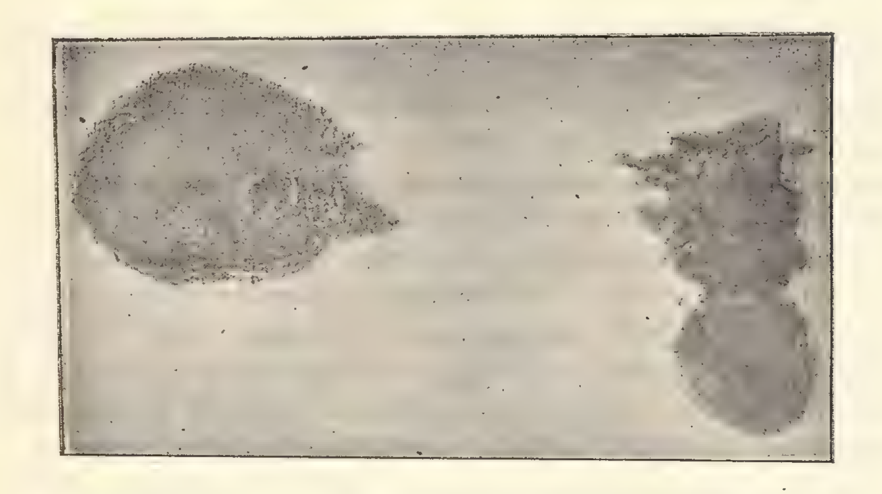
Рис. № 10. Культя Chopart'a.
1/4 естественной величины.

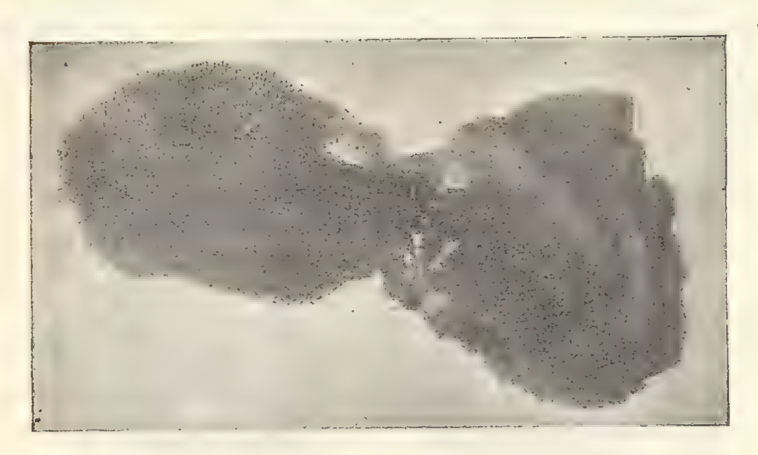
Нашъ случай № 3 представляетъ свѣжую нормальную и правильно функціонирующую культю Chopart'a. Запрокидываніе весьма не велико. Ступаніе совершается главнымъ образомъ на переднюю часть пяточной кости. При нагруженіи культи связочный аппаратъ удерживаетъ таранную кость отъ сползанія съ пяточной и наклонъ передняго конца всего таранно-пяточнаго массива крайне не великъ.



Рис. № 11. Культя Абражанова.
1/4 естественной величины.

Культя послѣ ампутаціи по Chopart'у имѣетъ широкую площадь опоры. Ея размѣры шире соотвѣтственной части нормальной стопы. Сравнивая 3 оттиска слѣдовъ, рис. № 12), взятые у одного и того же больного, изъ которыхъ 1-й—послѣ вылущенія пальцевъ, 2-ой—





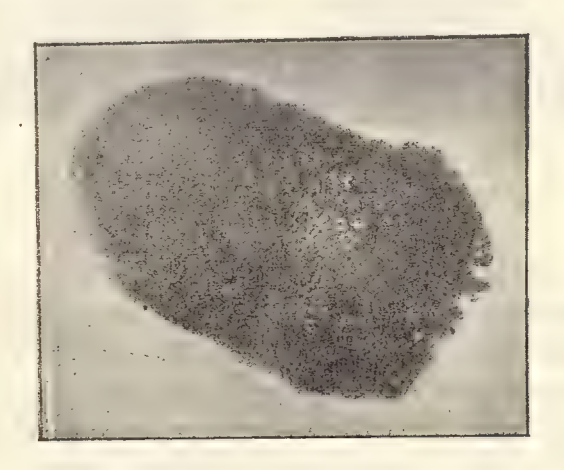


Рис. № 12. $^1/_4$ естественной величины.

послѣ высокой ампутаціи плюсневыхъ костей на той же стопѣ и 3-ій—послѣ операціи Chopart'а въ модификаціи Абражанова, на другой стопѣ, можно видѣть, какъ этотъ оттискъ, по мѣрѣ укороченія, становится все шире, что зависитъ конечно отъ того, что при опусканіи свода часть подошвы, въ нормальной стопѣ приподнятая, приближается къ землѣ и увеличиваетъ слѣдъ. Кромѣ того въ случаѣ № 3 оттискъ слѣда (рис. № 13), насыщенно черный у передняго конца и бѣловатый у задняго, ясно указываетъ, что ступаніе культи совершается на передній край и слѣдовательно культя слегка запрокинута. Наоборотъ въ случаѣ № 5 (рис. 14), гдѣ культя почти неподвижна и пяточная кость стоитъ совершенно горизонтально, оттискъ слѣда весь равномѣрно насыщеннаго чернаго цвѣта Площадь культей Абражанова по оттиску равна 45 кв. с., Chopart'овской въ № 2—42 кв.с., въ № 3—36 кв. с. въ послѣднемъ культя—отъ женской ноги небольшихъ размѣровъ.



Рис. № 13. 1/4 естеств. велич. Рис. № 14. 1/4 естеств. велич.

Въ среднемъ размѣръ площади слѣда равенъ 41 кв. с.

Относительно подвижности культи Chopart'а можно сказать, что она должна быть довольно велика, во всякомъ случаѣ больше, чѣмъ подвижность всѣхъ малоподвижныхъ культей. Самый подвижный изъ всѣхъ суставовъ стопы, голеностопный, остается нетронутымъ и кромѣ того остается суставъ между таранной и пяточной костями. Отведеніе и приведеніе, какъ совершающіяся

насчетъ передней стопы, выпадаютъ. Сгибанiе конечно уменьшается и, если принять во вниманiе сказанное выше о соотношенiи группъ сгибателей и разгибателей, то напередъ нужно ожидать большаго уменьшенiя тыльнаго сгибанiя.

Въ имѣющихся въ нашемъ распоряженiи случаяхъ, въ 1-мъ тыльное сгибанiе 6, 5^0, т. е. въ 4 раза меньше, чѣмъ на другой ногѣ (лишенной пальцевъ), гдѣ оно равно $26,0^0$; подошвенное сгибанiе ($10,0^0$) всего въ 3 раза меньше, чѣмъ на другой ($30,0^0$). Отведенiе и приведенiе въ этомъ случаѣ совершенно отсутствуютъ. Ротацiя крайне ограничена кнутри:—3^0, кнаружи—1^0, въ то время какъ на другой ногѣ она равна кнутри—$15,0^0$, кнаружи—$19,0^0$, т. е. на оперированной ногѣ въ 8,5 раза меньше, чѣмъ на здоровой.

Въ случаѣ № 3 мы имѣемъ точно такiя же отношенiя: тыльное сгибанiе культи равно 6^0, въ 4 раза меньше, чѣмъ на здоровой ногѣ (25^0), подошвенное—4^0 въ $2^1/_2$ раза меньше, чѣмъ на здоровой (10^0) Отведенiе и приведенiе въ этой культѣ почти отсутствуютъ. Ротацiя крайне незначительна (кнутри—2^0, кнаружи—3^0), тогда какъ на здоровой ногѣ соотвѣтственныя цыфры равны 10^0 и 14^0.

Въ случаѣ № 2 имѣлся прочный анкилозъ голеностопнаго сустава и по этому культя по подвижности равнялась малоподвижной или почти неподвижной. Благодаря этому обстоятельству, оперированный нѣсколько хромалъ на больную ногу, хотя обѣ конечности были одинаковой длины. Въ двухъ другихъ случаяхъ длина обѣихъ конечностей была также одинакова.

Считая методику операцiи Chopart'а широко извѣстной, мы не станемъ на ней останавливаться, укажемъ только на то, что въ первый разъ она была произведена съ двумя лоскутами—тыльнымъ и подошвеннымъ, но классическимъ считается способъ съ однимъ подошвеннымъ лоскутомъ, усовершенствованный, по мнѣнiю Farabeuf'а, Richerand'омъ.

По мѣрѣ того, какъ выяснялись недостатки культи Chopart'а (главнымъ образомъ запрокидыванiе ея), въ методику операцiи вносились различныя измѣненiя, имѣвшiя цѣлью исправить этотъ недостатокъ.

Еще съ 1799-го года, т. е. почти со времени возникновенiя метода, Petit въ Лiонѣ практиковалъ перерѣзку Ахиллова сухожилiя, что бы предупредить это запрокидыванiе. Послѣ него нѣ-

которые хирурги (Larger, Blandin, Hancock и др.) совѣтуютъ примѣнять ту же мѣру.

Далѣе рядъ хирурговъ (Roux, Guerin и др.) думали уничтожить этотъ недостатокъ, давъ подошвенному лоскуту возможно большую длину и сохранивши мягкія части, въ особенности lig. calcaneo-cuboideum infer.

Chelius надѣялся устранить запрокидываніе, стараясь приростить сухожилія разгибателей въ рубцѣ.

Farabeuf придаетъ большое значеніе сшиванію концовъ сухожилій сгибателей и разгибателей на краю лоскута и т. д. Рядъ другихъ хирурговъ надѣется избѣгнуть запрокидыванія культи, придавая культѣ или всей ногѣ соотвѣтственное цѣлесообразное положеніе. Sédillot совѣтовалъ, для разслабленія m. gastrocnemii, придавать голени положеніе, пригнутое къ бедру; Legouest прибавляетъ къ этому совѣтъ держать оперированную конечность, уложенной на бокъ, на наружную поверхность, а не на заднюю, чтобы не возбуждать при посредствѣ давленія сократительность мышцъ икры.

Textor и Boyer придаютъ ногѣ боковое положеніе при согнутомъ колѣнѣ. По Schede, неподвижная повязка и антисептическій методъ считаются главными пріемами для достиженія правильнаго стоянія культи. Механическая теорія запрокидыванія культи вызвала стремленіе исправить недостатокъ инымъ способомъ. Szymanowsky предлагаетъ фиксировать культю неподвижно гипсовой повязкой, причемъ голеностопный суставъ приводится въ состояніе воспаленія при посредствѣ акупунктуры или легкой скарификаціи, чтобы вызвать его анкилозъ. Farabeuf совѣтуетъ иммобилизировать культю, уложивъ конечность въ желобоватую шину изъ шеллака, гипса или каучука и укрѣпить ее въ положеніи сильнаго тыльнаго сгибанія и легкаго поворота кнутри; затѣмъ, при посредствѣ приспособленной обуви, нужно удерживать культю въ такомъ положеніи: „этимъ, говоритъ Farabeuf, можно бы было вызвать въ суставѣ анкилозъ, который воспрепятствовалъ бы запрокидыванію пятки въ будущемъ. Такой исходъ не представляется идеальнымъ, но во всякомъ случаѣ онъ хорошъ“.

Идея артродеза голеностопнаго сочлененія вызвала рядъ подражателей.

Helferich, первый, съ успѣхомъ выполнилъ ее у больной съ дѣтскимъ параличемъ. Въ другихъ случаяхъ, гдѣ паралича мускулатуры нѣтъ, онъ совѣтовалъ добиваться анкилоза путемъ перерѣзки Ахиллова сухожилiя и спокойнаго положенiя стопы. Godefroy произвелъ артродезъ и при томъ на обѣихъ стопахъ при ампутацiи Chopart'a уже по поводу обмороженiя при нормальномъ состоянiи мускулатуры. Артродезъ былъ произведенъ такимъ образомъ, что разрѣзы были продолжены до средины лодыжекъ, тыльный лоскутъ приподнятъ и суставъ вскрытъ. При сильномъ оттягиванiи стопы, большая часть таранной кости была обнажена, пилой и долотомъ былъ снятъ тонкiй слой съ суставныхъ поверхностей. Черезъ два мѣсяца послѣдовала полная неподвижность. Немного спустя, больной началъ ходить. Sacchi и Guelliot также употребляли эту модификацiю.

Faure предложилъ производить костную спайку между голенью и таранной костью, но его методъ имѣетъ ввиду не иммобилизацiю культи Chopart'a, а удлиненiе конечности при ампутацiи по Le Fort'y. Разрѣзъ при этомъ методѣ производится, какъ по Le Fort'y черезъ тылъ и подошву, но на палецъ дальше, и горизонтальная часть разрѣза должна лежать немного выше, почти на высотѣ конца наружной лодыжки. Спайка производится здѣсь не по типу артродеза, а костнопластическимъ путемъ. Отъ таранной кости отпиливается пластинка в 1,5 mm. толщиной, отъ голени, сколько нужно, чтобы имѣть возможность прикрыть костный остовъ кожнымъ лоскутомъ.

Больной, оперированный Faure'омъ по такому способу, хорошо пользовался своей культей. Укороченiе оперированной конечности равнялось 2 сант.

Samphirescu, исходя изъ той же цѣли—уменьшить костякъ культи при недостаткѣ мягкихъ частей—и въ то же время, желая сохранить суставной конецъ голени, предложилъ видоизмѣнить операцiю Faure'a тѣмъ, что отрѣзокъ таранной кости онъ вкладываетъ въ межлодыжковую нишу голени, освобожденную отъ хряща.

Идея артродеза при операцiи Chopart'a однако не могла укрѣпиться въ хирургiи. Культя, лишенная самаго подвижнаго изъ своихъ суставовъ, приравнивается къ культѣ почти неподвижной и, хотя не представляетъ укороченiя, тѣмъ не менѣе заставляетъ больного сильно хромать и быстро утомляться. Поэтому наряду

съ описанными способами возникаетъ рядъ другихъ, имѣвшихъ ту же цѣль, предупредить запрокидыванье культи.

Общая идея этихъ способовъ состояла въ томъ, чтобы путемъ спиливанія соотвѣтственной пластинки съ нижней поверхности пяточной кости произвести измѣненіе отношеній поверхностей этой кости и вмѣсто небольшой опорной площади на нижне-переднемъ концѣ, образовать поверхность большихъ размѣровъ изъ всей нижней поверхности пяточной кости.

Въ 1879-омъ году Tripier предложилъ такой способъ, по которому Chaput въ 1889-мъ году выполнилъ эту ампутацію у больного съ прободающей язвой стопы. По Chaput, операція была произведена слѣдующимъ образомъ. Ракетный разрѣзъ съ наружнымъ хвостомъ состоитъ изъ тыльной и подошвенной части. Тыльная начинается отъ внутренняго края стопы на палецъ отъ ладьевидной кости и идетъ черезъ тылъ стопы ввидѣ гамаши къ бугру 3-ой плюсневой кости, оттуда продолжается до Ахиллова сухожилія, причемъ разрѣзъ слегка приподымается къ послѣднему и оканчивается на внутреннемъ его краю. Подошвенный разрѣзъ идетъ параллельно тыльному и оканчивается вмѣстѣ съ нимъ у бугорка 5-ой плюсневой. Послѣ вылущенія въ суставѣ Chopart'a, подошвенный лоскутъ отдѣляется отъ пяточной кости и отъ послѣдней отпиливается горизонтальная пластинка возможно глубже, наконецъ вертикально отпиливается задняя пластинка пяточной кости въ I с. толщиной, несущая прикрѣпленіе Ахиллова сухожилія. Больной, оперированный Chaput, пользовался своей культей, причемъ укороченіе конечности равнялось всего 2 сант.

Этотъ методъ нашелъ себѣ немного сторонниковъ (Hayes, Barton и др.) и число имѣющихся наблюденій незначительно.

Кромѣ этого нѣкоторые хирурги спиливали передне-нижній край calcanei, чтобы предупредить прободеніе имъ лоскута. Первымъ, предложившимъ эту модификацію съ такою цѣлью, былъ Malgaigne. Съ тою же цѣлью произвелъ эту операцію 6 разъ англійскій хирургъ Moore и, по его совѣту, другіе, но число удачныхъ случаевъ равнялось числу неудачныхъ, по этому Farabeuf не совѣтуетъ къ ней прибѣгать.

Helferich наоборотъ считаетъ этотъ способъ очень раціональнымъ пріемомъ для предупрежденія прободенія лоскута.

Въ Россiи Абражановъ предложилъ свой способъ видоизмѣненiя операцiи Chopart'a, по которому спиливается не переднiй край, а пяточный бугоръ.

Способъ его состоитъ въ слѣдующемъ: выкраиваются два лоскута, тыльный и подошвенный. Разрѣзъ начинается на бугоркѣ ладьевидной кости и идетъ, загибаясь кпереди, такъ чтобы въ серединѣ длина его была 4 см., а затѣмъ кнаружи и продолжается кзади, все больше приближаясь къ наружному краю подошвы, до Ахиллова сухожилiя. Подошвенный разрѣзъ, начинаясь въ томъ же мѣстѣ, гдѣ тыльный, дѣлается выпуклымъ кпереди, длиною въ 4 поперечныхъ пальца и, переходя на поперечный палецъ позади бугра 5 плюсневой, направляется къ заднему концу тыльнаго разрѣза. Вскрывается сочлененiе Chopart'a по общимъ правиламъ. Отдѣливъ подошвенный лоскутъ съ надкостницей и оттянувъ его кнутри, отпиливаютъ горизонтальнымъ распиломъ клинъ, угломъ обращенный книзу, стараясь образовать на нижней поверхности пяточной кости ровную площадку, являющуюся продолженiемъ передней нижней поверхности пяточной кости. Въ основанiе этого способа положено то соображенiе, что въ нормальной стопѣ пяточная кость упирается своимъ заднимъ бугромъ въ землю, переднiй же ея конецъ поднятъ кверху, но упущено изъ виду то обстоятельство, что послѣ отнятiя передней стопы отношенiя костей въ культѣ совершенно измѣняются. Передняя часть пяточной кости опускается книзу, тогда какъ задняя ея часть, благодаря нѣкоторому запрокидыванiю культи, подымается кверху.

На Рентгеновскомъ снимкѣ культи послѣ ампутацiи по Абражанову (рис. № 11) мы видимъ, что заднiй конецъ пяточной кости, бугоръ котораго спиленъ, все равно не касается земли. Наступанiе же совершается на переднiй край calcanei, который не измѣненъ, такъ что для образованiя ровной и широкой площади опоры, рацiональнѣе было бы спиливать переднiй конецъ кости, какъ это дѣлали вышеуказанные авторы Malgaigne, Moore и Helferich, или всю пластинку пяточной кости по Tripier и Chaput, но такъ, чтобы передняя часть этой пластинки была толще и вся она представляла бы клинъ, лежащiй основанiемъ кпереди, вершиной кзади.

Вообще нужно сказать, что описанныя модификацiи, противопоставляющiя почвѣ, какъ площадь опоры, костный распилъ, прикрытый кожно-мышечнымъ лоскутомъ, представляютъ большой

рискъ полученія болѣзненной и не годной культи и не даютъ гарантіи противъ ея запрокидыванія.

Самая большая клиновидная пластинка, которую можно снять съ нижней поверхности пяточной кости при самомъ легкомъ запрокидываніи культи, верхней свое поверхностью пройдетъ, какъ это видно на Рентгеновскихъ снимкахъ, по сочленовой поверхности повернутой внизъ головки таранной кости, но и при такомъ распилѣ получается небольшая плоскость для площади опоры, занимающая лишь переднюю часть нижней поверхности пяточной кости.

Съ точки зрѣнія цѣлесообразности, большаго вниманія заслуживаютъ тѣ модификаціи, при которыхъ остается неприкосновенной нижняя часть пяточной кости и измѣняется положеніе таранной или послѣдняя совсѣмъ удаляется. Въ этомъ смыслѣ нужно отмѣтить идею Кранцфельда.

Этотъ авторъ въ одномъ случаѣ размозженія передняго отдѣла стопы, гдѣ мягкихъ частей не хватило для типической ампутаціи по Chopart'у, произвелъ укороченіе костной культевой колонны, спиливъ верхнюю часть пяточной кости и освѣживъ нижнюю часть таранной.

Случай этотъ заключался въ слѣдующемъ: 19 лѣтнему мужчинѣ на ногу упала тяжесть, размозжившая переднюю часть стопы. Послѣ омертвѣнія ушибленныхъ частей, кожные покровы уцѣлѣли на 4 сант. кнаружи отъ внутренней лодыжки, на подошвѣ до передняго края пяточной кости.

Ходъ операціи таковъ: кожныя границы освѣжены, вскрытъ суставъ Chopart'а и удалены ладьевидная кость съ клиновидной, а также кубовидная; по наружной сторонѣ произведенъ горизонтальный разрѣзъ подъ наружной лодыжкой. Далѣе въ фронтальномъ направленіи отпилена головка таранной кости. Затѣмъ проникли въ sinus tarsi и вошли въ таранно-пяточный суставъ съ наружной стороны. Верхняя часть пяточной кости спилена въ горизонтальной плоскости и удалена. Освѣженіе нижней поверхности таранной кости произведено при помощи крѣпкаго костнаго ножа и пилы, а затѣмъ, чтобы хватило кожнаго лоскута, отпиленъ кусокъ отъ передней части пяточной кости.

Черезъ 2 мѣсяца больной могъ наступать безъ боли на ногу. Походка, вслѣдствіе слабости мышцъ, бывшихъ долго въ бездѣйствіи, не вѣрна. Стопа выглядитъ, какъ нормальная, у которой

удалена передняя часть до передней поверхности голени. Подошва площе и шире нормальной, и представляетъ горизонтальную плоскость, закругленную съ боковъ.

Кранцфельдъ имѣлъ ввиду, при посредствѣ своего способа, укоротить костную часть культи, но при случаѣ этотъ способъ можетъ быть использованъ и для улучшенiя культи Chopart'а.

Преимущество, которое можетъ дать этотъ способъ, состоитъ въ томъ, что въ получаемой при немъ культѣ связочный аппаратъ между таранной и пяточной костями замѣняется костной спайкой и, слѣдовательно, можно не опасаться за то, что таранная кость сдвинется съ пяточной по наклонной плоскости и помѣстится впереди нея, благодаря этому, сильная степень запрокидыванiя получиться не можетъ. Но устойчивой культи этотъ способъ также не можетъ дать, потому что центръ тяжести въ ней, какъ и въ культѣ Chopart'а, все таки находится впереди передней точки опоры.

Гораздо лучше въ этомъ смыслѣ культя послѣ ампутацiи по идеѣ Вредена—Ricard'а. По этому способу обыкновенная ампутацiя по Chopart'у соединяется съ полнымъ удаленiемъ таранной кости и голень прямо упирается въ верхнюю поверхность пяточной кости, которая помѣщается въ межлодыжковую нишу голени.

Первымъ произвелъ эту операцiю и опубликовалъ ее Вреденъ, описавшiй ее въ 1895 году и затѣмъ въ томъ же году съ небольшимъ видоизмѣненiемъ германскiй хирургъ Küster. Вреденъ производитъ разрѣзы сначала на тылѣ стопы, отъ голеностопнаго сустава и внутренняго края сухожилiя m. extens. digitor. communis longi; одинъ изъ нихъ, слегка дугообразно, ведется къ tuberculum. naviculare, а другой къ tuber. oss. metat. V; оба эти разрѣза соединяются на подошвѣ 2-мя другими, сходящимися подъ угломъ въ точкѣ на 1 палецъ кпереди отъ основанiя 2-ой плюсневой. Затѣмъ отдѣляется тыльный лоскутъ съ прикрѣпленiемъ mm. tibialis antic. и peronei III, вылущаютъ стопу въ суставѣ Chopart'а и выкраиваютъ намѣченный подошвенный лоскутъ. Проникаютъ спереди въ голеностопный суставъ, вылущаютъ таранную кость, захватывая ее щипцами. Затѣмъ вкладываютъ пяточную кость между лодыжекъ.

Больной Вредена ходилъ, упираясь всей нижней конечностью пяточной кости безъ протеза, при чемъ укороченiе не превышало 3 сант.

Этотъ же способъ былъ предложенъ теоретически Laguait'омъ въ 1896-мъ году.

Оба эти автора имѣли ввиду своей модификаціей исправить недостатки культи Chopart'a, чтобы давленіе тяжести тѣла дѣйствовало не на нарушенный сводъ стопы, а на плотную устойчивую массу пяточной кости.

Ricard, опубликовавшій тождественный способъ въ 1896-мъ году, имѣлъ ввиду не столько исправленіе способа Chopart'a, сколько улучшеніе способа LeFort'a, столь близко стоящаго къ Chopart'овскому.

До сихъ поръ авторы (Quimby, Разумовскій и др.) не шли дальше сохраненія суставного конца голени при той или другой модификаціи Пироговской операціи, Вреденъ „Küster и Ricard сдѣлали попытку соединить 2, чуждыя другъ другу, составныя поверхности ьъ новый суставъ. По Ricard'у выкраивается 2 лоскута: подошвенный, который лучше дѣлать длиннѣе, чѣмъ тыльный, и затѣмъ тыльный. Подошвенный начинается отъ конца наружной лодыжки. Сначала горизонтальный, онъ вскорѣ опускается книзу и закругляется кпереди, чтобы пересѣчь наружный край стопы передъ концомъ бугра 5 плюсневой кости. Затѣмъ онъ идетъ поперекъ черезъ подошву и выходитъ на внутренній край на палецъ впереди бугорка ладьевидной кости и оканчивается на 1 сант. впереди нижняго края внутренней лодыжки. Лоскутъ освобождается до суставной пяточно-кубовидной линіи, слѣдуя по подошвенной поверхности костей. Стопа откидывается и производится гамашевидный разрѣзъ, который начинается и кончается на 2 сант. впереди концовъ подошвеннаго лоскута и идетъ поперекъ черезъ тылъ стопы, закругляясь кпереди по линіи ладьеклиновиднаго сустава. Разсѣкаются сухожилія и лоскутъ отдѣляется до голеностопнаго сустава. Затѣмъ производится вычлененіе въ суставѣ Chopart'a, головка таранной кости захватывается щипцами Farabeuf'a и ножомъ, введеннымъ подъ таранную кость, перерѣзается межкостная связка; далѣе таранная кость освобождается съ боковъ вывихивается и извлекается наружу.

Kütser присоединилъ къ этой операціи еше отпиливаніе передняго конца пяточной кости, такъ какъ у него не хватило мягкихъ частей на покрытіе всей культи. По этому методу имъ былъ оперированъ 33-хъ лѣтній мужчина изъ за обмороженія

обѣихъ стопъ, при чемъ на другой стопѣ была сдѣлана операцiя по Jäger'у; 2-й, оперированный имъ по поводу туберкулеза костей стопы, мальчикъ 14 лѣтъ, могъ хорошо ходить, не смотря на то, что до операцiи укороченiе равнялось 3 сант.

Французскiе авторы новѣйшаго времени Mougeud de saint Aird, Brissard, Souligoux и др, горячо рекомендуютъ Ricard'овскiй способъ. Послѣднiй изъ авторовъ приводитъ 7 случаевъ его примѣненiя, причемъ результатъ во всѣхъ хорошъ и Rochard—4 съ таковымъ же исходомъ.

L. Championnière, изслѣдовавшiй оперированнаго, представленнаго Ricard'омъ, замѣчаетъ, что этотъ способъ сохраняетъ подъ голенью подвижную пяточную кость. Результатъ весьма удовлетворителенъ. Подвижность культи—громадное преимущество, которое имѣетъ этотъ способъ передъ костно-пластическими, дающими неподвижную и болѣе короткую культю. Новый суставъ между пяточной костью и голенью позволяетъ большеберцовой кости перекатываться по верхней поверхности calcanei и походка болѣе легка, чѣмъ при неподвижномъ состоянiи пяточной кости.

Въ имѣющемся въ моемъ распоряженiи, случаѣ ампутацiи стопы по Вреденъ-Ricard'у, по поводу обмороженiя, культя получилась очень хорошей. Она стоитъ подъ прямымъ угломъ къ голени и подвижна въ передне-заднемъ направленiи. Площадь опоры, измѣряемая по оттиску слѣда, равна—41 кв. с., укороченiе оперированной конечности—3 сант. Къ сожалѣнiю наблюденiе не доведено до конца и больной выписался, прежде чѣмъ культя начала правильно функцiонировать.

Въ заключенiе можно сказать, что культя Chopart'а несомнѣнно занимаетъ одно изъ важнѣйшихъ мѣстъ среди прочихъ культей стопы и вполнѣ заслуженно пользуется вниманiемъ. При недостаткѣ же мягкихъ частей или при очень высокомъ сводѣ и слабомъ связочномъ аппаратѣ, гдѣ слѣдовательно, есть шансы опасаться сильнаго запрокидыванiя культи, а также для исправленiя старыхъ неудачныхъ культей Chopart'а, можно примѣнить Вреденъ-Ricard'овскую модификацiю. Послѣдняя даетъ также подвижную и эластичную культю. Принципъ соединенiя двухъ чуждыхъ суставныхъ поверхностей при ампутацiяхъ, легшiй въ основанiе описываемой модификацiи, очань удаченъ по идеѣ и несомнѣнно имѣетъ большую будущность.

Въ заключеніе привожу исторіи болѣзней, имѣющихся въ моемъ распоряженіи случаевъ.

1) См. № 1 въ 4 главѣ. Хорошо пользуется слегка запрокинутой культей послѣ операціи по Абражанову (рис. № 5).

2) П. Мужчина 29 лѣтъ. Обмороженіе правой стопы. Послѣ операціи по Chopart'у въ послѣопераціонномъ періодѣ произошло нагноеніе въ голеностопномъ суставѣ и околосуставномъ пространствѣ съ затеками на голень, затянувшее выздоровленіе на 1/2 года. Полный анкилозъ голеностопнаго сустава. Ходитъ безъ палки, слегка прихрамывая. Подъ наблюденіемъ 1 1/2 года.

3) Н. Женщина 26 лѣтъ. Туберкулезъ костей передняго отдѣла стопы. Ампутація по Chopart'у; гладкое выздоровленіе. Хорошо ступаетъ на слегка запрокинутую культю. Подъ наблюденіемъ 1 1/2 мѣсяца.

4) См. № 3 въ 5 главѣ.

5) Мужчина 66 лѣтъ. Болѣлъ одинъ годъ, причина—травма (наступила лошадь). Лѣвая стопа отечна, съ боку имѣется свищъ, ведущій къ костямъ. Ампутація по Chopart'у. Выздоровленіе. Функціональный результатъ удовлетворительный.

6) Мужчина 42 лѣтъ. Туберкулезъ костей пястья и плюсны. Лѣвая стопа въ переднемъ отдѣлѣ отечна; въ положеніи pes plano-valgus. Голеностопный суставъ цѣлъ. Операція по Chopart'у, Казеозныя массы найдены подъ сухожиліемъ m. extens. brev. communis, также фунгозныя—за внутренней лодыжкой. Долговременное заживленіе. Больному кромѣ того сдѣлано грыжесѣченіе по Разумовскому и изсѣченіе туберкулезнаго придатка яйца также по Разумовскому. Небольшой свищикъ на стопѣ. Больной ходитъ съ клюшкою.

7) К. Мужчина 36 лѣтъ. Обмороженіе обѣихъ стопъ. На лѣвой стопѣ произведена ампутація metatarsi, на правой—по Вреденъ-Ricard'у культи подвижны и безболѣзнены. Больной выписался прежде, чѣмъ культи начали правильно функціонировать.

ГЛАВА VII.

Amputatio pedis sub talo

(операція Malgaigne'я)

При подтаранномъ вылущеніи удаляется вся стопа кромѣ таранной кости и лоскута изъ мягкихъ частей, необходимаго для прикрытія культи. Слѣдовательно, вся культя состоитъ изъ одной кости, подвижной, составляюшей продолженіе голени. Опорною площадью служитъ нижняя часть таранной кости, прикрытая лоскутомъ изъ мягкихъ частей подошвы. Разсматривая нижнюю часть таранной кости, мы находимъ на ней 3 самыя выдающіяся точки, расположенныя равнобедреннымъ треугольникомъ. Передняя точка лежитъ на нижнемъ краю головки таранной кости и 2 заднихъ расположены съ боковъ нижней сочленовной поверхности. Вся нижняя поверхность въ общемъ неровна и представляетъ площадь, вогнутую поперекъ и вдоль.

Культя послѣ подтараннаго вылущенія представляетъ рѣзкую разницу съ культями послѣ всѣхъ предыдущихъ ампутацій. Считая отъ передняго конца стопы, это первая ампутація, при которой культя опирается не на обычную естественную опору, а на кость, въ нормальной стопѣ совершенно не касающуюся почвы. Слѣдовательно для самой площади опоры создаются совершенно иныя условія, чѣмъ въ нормальной стопѣ.

Разсматривая Рентгеновскіе снимки нормальной стопы, мы видимъ, что таранная кость расположена не горизонтально, а головка ея, несущая переднюю сочленовную поверхность, наклонена книзу, въ то время, какъ задняя съ нижней сочленовной поверхностью приподнята кверху.

Нужно имѣть ввиду, что къ самой таранной кости не прикрѣпляется ни одно сухожиліе, и, слѣдовательно, всѣ мышцы при подтаранномъ вылущеніи равно ослабляются, такъ какъ сухожилія ихъ перерѣзываются и потомъ приживаютъ къ лоскуту. Слѣдовательно, такимъ образомъ непосредственное вліяніе мышцъ на кость не можетъ имѣть мѣста. Кромѣ того капсула голеностоп-

наго сочлененія достаточно объемиста и тонка, чтобы не измѣнять положенія таранной кости, остающейся въ культѣ. Благодаря этому, таранная кость и въ культѣ можетъ остаться приблизительно въ томъ положеніи, въ которомъ она находится въ нормальной культѣ, т. е. ея передній конецъ опущенъ книзу, задній, несущій верхнюю и нижнюю сочленовныя поверхности поднятъ кверху. Такое запрокидываніе таранной кости, въ строгомъ смыслѣ слова, нельзя считать патологическимъ, ибо это ея естественное положеніе и на рисункахъ, изображающихъ культю послѣ этой операціи, (Farabeuf, Linhart, Романовскій), а также въ моихъ 3-хъ случаяхъ опусканіе передняго конца культи не превышаетъ естественнаго опусканія передняго конца таранной кости.

На Рентгеновскихъ снимкахъ съ культей (рис. №№ 15, 16 и 17), мы видимъ, что таранная кость совершенно не измѣнила своего положенія и стоитъ точно такъ же, какъ и въ нормальной стопѣ, не смотря на то, что нѣкоторое запрокидываніе книзу культи имѣлось во всѣхъ случаяхъ, и въ первомъ изъ нихъ (рис. № 18), какъ ясно видно на снимкѣ, оно вызвало поперечную складку покрововъ на задней поверхности голени, точно такъ же, какъ и у Farabeuf'а. Трудно допустить, чтобы это запрокидываніе могло представлять такія затрудненія, какъ это бываетъ иногда послѣ ампутаціи по Chopart'у. Таранная кость, укрѣпленная въ своемъ положеніи связочнымъ аппаратомъ, имѣетъ достаточно широкое основаніе, снабженное до нѣкоторой степени 3-мя симметричными точками опоры и расположена такимъ образомъ, что центръ тяжести лежитъ между этихъ точекъ, что и обусловливаетъ извѣстную устойчивость такой культи.

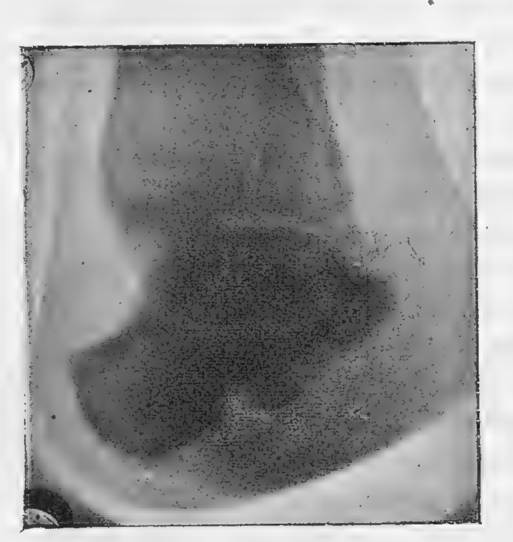


Рис. № 15. $^1/_3$ естествен. велич.

Подставка ввидѣ пяточной кости, отодвинутой назадъ и измѣняющей соотношеніе между точками опоры и центромъ тя-

жести въ культѣ Chopart'a, въ разбираемой культѣ совершенно отсутствуетъ и таранная кость, которая въ культѣ Chopart'a всей передней своей частью нависаетъ надъ пяточной, въ культѣ Malgaigne'я упирается прямо въ почву. Когда культя послѣ подтараннаго вылущенiя нагружается, то запрокидыванiе должно исчезнуть, такъ какъ тяжесть тѣла, давящая сверху, заставляетъ таранную кость всей нижней поверхностью опуститься до земли.

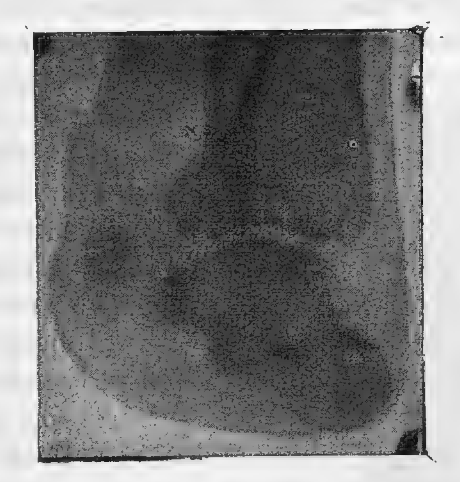


Рис. № 16. 1/4 естеств. велич.



Рис. № 17. 1/6 естеств. велич.



Рис. № 18. На лѣвой ногѣ культя Malgaigne'я, на правой—Пирогова.
1) нагруженная культя 2) не нагруженная культя.

Указанiя на запрокидыванiе культи при ампутацiи стопы, по Malgaigne'ю, имѣются въ литературѣ, но ихъ мало и существеннаго значенiя для опредѣленiя работоспособности культи они не имѣютъ, по крайней мѣрѣ такого, какъ при ампутацiи по Chopart'y,

Объ этомъ запрокидываніи упоминаютъ Panas, Larrey, Hancock, Linhart и др.

Число случаевъ, въ которыхъ культя оказалась негодной въ силу этого запрокидыванія, очень невелико. По статистикѣ Schede, обнимающей 32 случая съ 2-мя смертными исходами, хорошій результатъ въ смыслѣ функціи получился во всѣхъ тѣхъ 28 случаяхъ, гдѣ наступило излѣченіе (въ 1-мъ случаѣ, Ried'a, потребовалась реампутація и въ случаѣ Mazzuchetti послѣдовало омертвѣніе таранной кости и лодыжекъ. Впослѣдствіи, у 2-хъ больныхъ, Nélaton'a и Praille'я, наступилъ рецидивъ туберкулеза, потребовавшій вторичной ампутаціи).

По Романовскому, дополнившему статистику Schede, къ 1875-му году, число случаевъ изъ литературы съ двумя, принадлежащими ему, соотвѣтственными случаями равно 38; изъ этого числа нужно исключить 3 случая, окончившихся смертью, 2 случая рецидива туберкулеза и 6 случаевъ съ неизвѣстнымъ исходомъ, такъ что остается всего 27 случаевъ съ 3-мя (Leroy, Романовскій, Linhart) неудачными исходами *) т. е. $^0/_0$ неудачныхъ въ смыслѣ функціи исходовъ равенъ 11,1.

По статистикѣ Perrin'a, обнимающей 49 случаевъ, въ 28 изъ которыхъ походка была изслѣдована, въ 25 она была хороша и въ 3-хъ (10,7$^0/_0$) заставляла желать лучшаго, хотя авторъ замѣчаетъ, что послѣдніе трое оперированныхъ были подъ наблюденіемъ короткое время.

Въ литературѣ послѣ 1875-го года мною найдено 17 случаевъ ампутаціи по Malgaigne'ю (Perrin, Risel—2 случ., Ashhorst, Larger, Saltzmann—2 сторонній, Jeanel, Spengler, Marlier—2 случ., Bauer, Dubujadaux—4 случ., Delorme, Студенскій).

Если прибавить къ нимъ 4 нашихъ случая, то получится 21. Одинъ случай (Marlier) окончился смертью; въ одномъ случаѣ (Spengler) получился возвратъ туберкулеза кости, въ одномъ нашемъ случаѣ (№ 4) возникшая контрактура колѣна мѣшала пользоваться въ общемъ правильной культей и, наконецъ, въ одномъ случаѣ (Jeanel) пользованіе культей было не полнымъ. Такимъ образомъ изъ 19 случаевъ только въ одномъ получилась неудача въ функціональномъ отношеніи, что составитъ 5,2$^0/_0$ т. е. число вдвое

*) Случай Linhart'a съ язвой подошвы, появившейся вслѣдствіе гангрены кости на служебной сторонѣ, отнесенъ мною къ неудачнымъ.

меньшее, чѣмъ въ доантисептическую эпоху. Въ единственномъ неудачномъ случаѣ дѣло шло о старухѣ 79 лѣтъ, страдавшей туберкулезомъ стопы.

Въ общемъ число прослѣженныхъ случаевъ этой операцiи не настолько велико, чтобы статистика могла сказать рѣшающее слово о годности культи. Но сама по себѣ культя представляется очень красивой по формѣ, съ закругленнымъ булавовиднымъ концомъ, съ толстой, хорошо подбитой и приспособленной площадью опоры (рис. №№ 7 изъ 5 главы, 18 и 19).

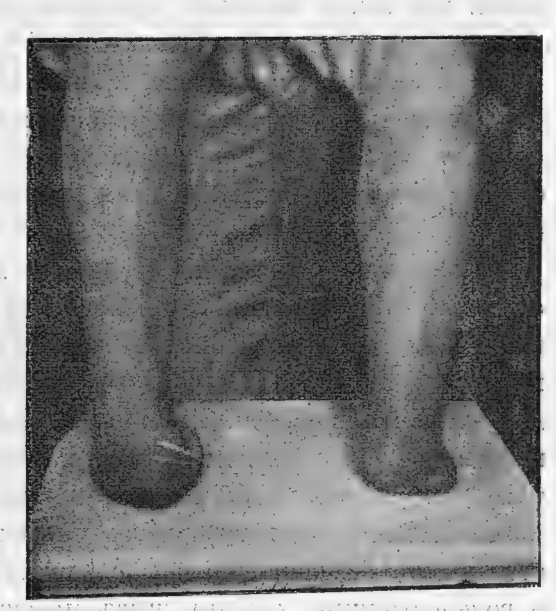


Рис. № 19. На правой ногѣ культя Malgaigne'a, на лѣвой—Moshcowicz'a.

Нижняя поверхность таранной кости, упирающаяся въ лоскутъ, неровна и бугриста, причемъ заднiе бугры, лежащiе по краямъ нижней сочленовной поверхности, обладаютъ довольно острыми ребрами. По Schede, таранная кость со временемъ закругляется въ культѣ, бугры и острые края разсасываются,—углубленiя и бороздки выполняются твердой соединительной тканью, которая частью окостенѣваетъ. Въ нашихъ случаяхъ, изъ которыхъ самая старая культя находится въ употребленiи 5 лѣтъ, Рентгеновскiе снимки указываютъ, что всѣ неровности таранной кости остались неизмѣненными, тѣмъ не менѣе наступанiе совершенно безболѣзненно, и больные пользовались культями, причемъ другая стопа во всѣхъ 3-хъ случаяхъ была также ампутирована, Въ одномъ случаѣ по Пирогову, въ другомъ по Moshcowicz'y и въ третьемъ по Lisfranc'y.

Малочисленность случаевъ ампутацiи по Malgaigne'ю обусловлена трудностью создать для нея подходящiя показанiя. Ампутацiя эта, какъ Пироговская и Syme'овская, имѣетъ цѣлью удалить весь переднiй отдѣлъ стопы, но для нея, если она производится,

какъ amputatio necessitatis, нужно, чтобы уцѣлѣлъ большой кожный лоскутъ, слишкомъ малый, чтобы можно было произвести ампутацію Chopart'a, и слишкомъ большой для Пироговской и кромѣ того необходимо, чтобы пяточная кость была поражена. Если пяточная кость цѣла, то при прочихъ равныхъ условіяхъ, всегда есть возможность произвести операцію Вреденъ-Ricard'a въ видоизмѣненіи Küster'a или наконецъ Юзефовича-Зильберберга, а если поражена и наружная сторона стопы, то ампутація по Разумовскому дастъ во всякомъ случаѣ лучшіе результаты, длина же лоскута для этихъ операцій приблизительно одна и та же. Впрочемъ то обстоятельство, что въ культѣ Malgaigne'я лоскутъ не связанъ со скелетомъ стопы, нѣсколько повышаетъ ея клиническое значеніе по сравненію съ ампутаціями Таубера и Разумовскаго, такъ какъ при послѣднихъ способахъ очертанія лоскута фиксируются, прикрѣпляющимся къ нимъ, отрѣзкомъ пяточной кости.

Показанія къ ампутаціи Malgaigne'я сокращаются тѣмъ, что она мало примѣнима при туберкулезѣ задняго отрѣзка стопы, ввиду нѣкоторыхъ анатомическихъ особенностей этого заболѣванія. Въ самомъ дѣлѣ, для ея выполненія, голеностопный суставъ долженъ быть невредимъ, а иначе таранной кости нельзя оставить, при этомъ пяточная кость должна быть поражена, между тѣмъ это условіе рѣдко встрѣчается при туберкулезѣ.

По Schede, если туберкулезъ переходитъ черезъ Chopart'овъ суставъ, то обыкновенно онъ поражаетъ скорѣе таранную кость и голеностопный суставъ, чѣмъ пяточную кость; всегда находятъ здоровымъ пяточный бугоръ въ то время, какъ вся остальная стопа уже поражена, такъ что между ампутацій по Chopart'у и Пирогову остается только самая узкая область.

По проф. Тихову, на 4448 случаевъ пораженія туберкулеза суставовъ, голеностопный суставъ былъ пораженъ въ 736 (16%). По частотѣ пораженія онъ занимаетъ третье мѣсто среди суставовъ тѣла. Частота пораженія отдѣльныхъ костей, прилежащихъ къ голеностопному суставу, въ 739-ти случаяхъ выражается въ слѣдующихъ цифрахъ: для tibia—72 (9%), для fibula—49 (6%), для talus—335 (42%), calcaneus—137 (18%) и os naviculare—70 (9%). Кромѣ того, по статистикѣ этого автора относительно пораженія туберкулезомъ отдѣльныхъ костей стопы, изъ 1310 случаевъ talus былъ пораженъ въ 327 случаяхъ, calcaneus—

332, os naviculare—146, cuboideum—194, cuneiformia—177, ossa metetarsi—134; такое явное предрасположенiе таранной кости къ заболѣванiю туберкулезомъ, по мнѣнiю проф. Тихова, зависитъ отъ того, что она поставлена въ очень плохiя условiя питанiя: $^{2}/_{3}$ или даже $^{3}/_{4}$ ея поверхности лишены надкостницы и одѣты хрящомъ; б) эта кость, участвуя въ образованiи цѣлой серiи суставовъ, тѣмъ самымъ имѣетъ больше шансовъ подвергнуться заболѣванiю туберкулезомъ при пораженiи любого изъ этихъ суставовъ; в) talus несетъ на себѣ тяжелую функцiю—выдерживать половину тяжести всего тѣла, при чемъ эта кость постоянно сдавливается двумя неуступчивыми образованiями—суставнымъ концомъ большого берца и пяточною костью; г) наконецъ, отсутствiе по периферiи кости мышечныхъ массъ съ ихъ высокими питающими свойствами, также не безъ влiянiя на теченiе тѣхъ ушибовъ (растяженiй), которые имѣютъ извѣстное этiологическое значенiе.

На основанiи имѣющаго литературнаго матерiала трудно высказаться о частотѣ возврата туберкулеза въ таранной кости послѣ ампутацiи по Malgaigne'ю.

Изъ старой литературы до 1875-го года, по Weber'у, Schede и Романовскому эта операцiя была сдѣлана по поводу туберкулеза всего 18 разъ, при чемъ въ 2-хъ случаяхъ (11,1%) получился возвратъ заболѣванiя. Perrin насчитываетъ на 25 случаевъ примѣненiя этой операцiи, гдѣ больные частью наблюдались годами, 4 возврата заболѣванiя: 3 раза—туберкулезъ и 1 разъ язва голени. Въ болѣе новую эпоху, этой ампутацiи по поводу туберкулеза почти ни кто не дѣлалъ изъ за страха рецидива. У Jeanel'я послѣ ампутацiи по Malgaigne'ю туберкулезной стопы получилось не полное пользованiе культей, у Spengler'а—возвратъ туберкулеза съ послѣдующей ампутацiей по Syme'у. Dubujadoux прямо не совѣтуетъ дѣлать эту операцiю по поводу туберкулеза.

Такимъ образомъ остаются травмы и обмороженiя, хотя Schede говоритъ, что весьма рѣдко обмороженiя или гангрена по какой либо иной причинѣ можетъ оставить подходящiй участокъ для этой ампутацiи.

Возвращаясь къ культѣ послѣ ампутацiи sub talo, нужно сказать, что при этой операцiи, если считать съ передняго конца стопы, хирургъ впервые бываетъ принужденъ заботиться о величинѣ площади опоры.

Ампутація по Chopart'у оставляетъ больному достаточно большой участокъ площади опоры, чтобы устойчивость стопы въ этомъ отношеніи была обезпечена. Не такъ обстоитъ дѣло при Malgaigne'вской ампутаціи. Здѣсь удаляется широкая пяточная кость и опорой остается сравнительно меньшая по объему, таранная, тѣмъ не менѣе площадь опоры и въ Malgaigne'вской, культѣ достаточно велика. Въ нашихъ 3-хъ случаяхъ она равна въ 1-мъ—33 во 2-мъ—29 и въ 3-мъ—23 кв. сант. Въ среднемъ 28 кв. сант. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ культя была приблизительно одинаковой величины, тѣмъ не менѣе во 2-мъ и въ особенности въ 3-мъ площадь опоры получилась значительно меньше. (рис. № 20).

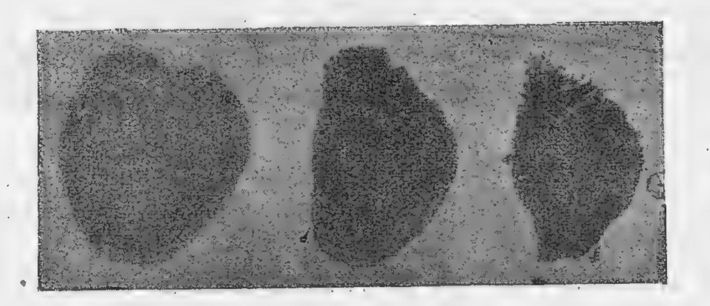


Рис. № 20. 1) лѣвая нога 2 и 3) правая. 1/6 естествен. велич.

Разсматривая послѣдніе 3 слѣда, мы видимъ, что оба они имѣютъ своеобразную форму—срѣзаны по прямой линіи съ внутренней стороны. Такое же точно явленіе мы видѣли въ приведенномъ раньше оттискѣ слѣда культи Lisfranc'a. Зависитъ это отъ установки культи въ положеніи pes varus. Положеніе это во всѣхъ культяхъ, въ которыхъ остается нетронутымъ голеностопный суставъ, чрезвычайно выгодно для больного, такъ какъ этотъ суставъ въ силу своего устройства имѣетъ свойство отводить стопу при тыльномъ сгибаніи кнаружи (винтовое движеніе Langer'a, равное въ среднемъ 8°), причемъ въ плохо поставленной культѣ со слабымъ связочнымъ аппаратомъ можетъ образоваться pes valgus; внутренній край большеберцовой кости въ этомъ случаѣ сильно опускается и вся конечность принимаетъ неудобное для больного искривленное положеніе.

Какъ мы видѣли, культя послѣ ампутаціи по Malgaigne'ю имѣетъ большую площадь слѣда, больше почти всѣхъ малопод-

вижныхъ и неподвижныхъ культей, въ которыхъ пяточная кость такъ или иначе измѣнена, и потому эта культя устойчивѣе ихъ; кромѣ того устойчивость увеличивается булавовиднымъ широкимъ концомъ культи, который не всегда удается получить при ампутацiяхъ по другимъ способамъ. Эта форма культи Malgaigne'я отмѣчается многими авторами; по Linhart'у конецъ культи Malgaigne'я широкiй, кругловатый, хорошо прикрытъ толстымъ слоемъ мягкихъ частей; у Volkmann'а культя представлялась закругленной съ мягкой и толстой подкладкой изъ подошвы. Изображенныя на рисункахъ въ статьѣ Delorme'а, снятыхъ съ коллекцiй Musée du Val—de grâce, Musée de la facultée, а также съ оперированныхъ Richard'омъ и Malgaigne'емъ, 4 культи имѣютъ такую же форму, слегка напоминающую ногу слона съ толстой закругленной подушкой изъ мягкихъ частей на опорной площади.

Вообще толщина мягкихъ частей подошвы Malgaigne'вской культи играетъ большую роль въ оцѣнкѣ работоспособности этой культи. Во всѣхъ предыдущихъ культяхъ подошва оставалась нормальной, въ Malgaigne'вской культѣ мы впервые встрѣчаемся уже съ необходимостью отдѣлять мягкiя части подошвы и образовать изъ нихъ подкладку для культи. Въ нашихъ случаяхъ, судя по Рентгеновскимъ снимкамъ, подкладка эта достаточной толщины, въ самомъ тонкомъ мѣстѣ не меньше 1 сант., въ самомъ толстомъ до $2^1/_2$ сант., т. е. не тоньше нормальной подошвы на ея опорныхъ пунктахъ.

Подвижность культи Malgaigne'я, ввиду цѣлости голеностопнаго сустава, довольно значительна и движенiя совершаются по самому выгодному для ходьбы направленiю, передне-заднему.

Размахъ движенiй этой культи, конечно, гораздо меньше соотвѣтственныхъ движенiй нормальной стопы въ голеностопномъ суставѣ и это станетъ вполнѣ понятно, если вспомнить, что всѣ мышцы, двигающiя культю въ этомъ суставѣ, рѣзко ослаблены перерѣзкой ихъ сухожилiй. Изъ нашихъ случаевъ въ 1-мъ размахъ подошвеннаго сгибанiя 7^0, тыльнаго—6^0, отведенiе—4^0, приведенiе—5^0. Ротацiонныя движенiя отсутствуютъ. Во 2-мъ случаѣ соотвѣтственныя цыфры для сгибанiя равны 14^0 и 2^0; ротацiонныя движенiя отсутствуютъ; отведенiе и приведенiе крайне незначительны. Въ 3-мъ случаѣ размахъ обоихъ видовъ сгибанiя равенъ по 5^0 градусовъ каждый, остальные виды движенiя отсутствуютъ.

Принимая за среднюю величину для размаха сгибанія стопы, по Ячмонину 59,3°, а для культи Malgaigne'я по нашимъ 3-мъ случаямъ—13,3°, мы видимъ, что во второмъ случаѣ размахъ движенія меньше почти въ $4^1/_2$ раза. Приведеніе и отведеніе культи Malgaigne'я крайне незначительны и ротаціонныя движенія отсутствуютъ во всѣхъ 3 хъ случаяхъ. Очевидно, голеностопный суставъ къ нимъ не способенъ.

Такая подвижность оказываетъ больному большую услугу, такъ какъ культя съ шарниромъ на концѣ сохраняетъ способность постепенно отслаиваться отъ земли и съ большею легкостью приспособляться къ ходьбѣ. Въ особенности это важно при ходьбѣ по неровной почвѣ. Въ результатѣ этого больной и хромаетъ, и утомляется меньше, чѣмъ при неподвижной культѣ.

Нашъ больной, съ двусторонней ампутаціей стопы, по Malgaigne'ю на одной сторонѣ и по Пирогову на другой, замѣтно припадаетъ на культю Malgaigne'я при ходьбѣ, такъ какъ принужденъ заносить въ бокъ Пироговскую культю, не смотря на нѣкоторую ея подвижность. При стояніи, Пироговская культя устаетъ у него меньше, для ходьбы же онъ болѣе энергично пользуется культей Malgaigne'я и она въ этомъ случаѣ устаетъ не такъ скоро, какъ Пироговская. У 2-го больного, имѣвшаго на другой ногѣ культю Moshcowicz'a, Malgaigne'вская культя являлась главной опорой тѣла при ходьбѣ.

Безъ сомнѣнія то обстоятельство, что и нормальная культя Malgaigne'я запрокинута переднимъ концомъ книзу, ставитъ подвижность этой культи въ одно изъ благопріятствующихъ условій годности культи. Анкилозъ голеностопнаго сочлененія, при которомъ таранная кость фиксирована въ своемъ естественномъ положеніи, можетъ сдѣлать культю негодной для ходьбы, потому что больному придется ступать на передній конецъ таранной кости, покрытый сравнительно тонкими покровами, не представляющій удобной площади опоры. Malgaigne упоминаетъ объ одномъ солдатѣ, оперированномъ подъ Севастополемъ, у котораго таранная кость, смотрѣвшая головкой книзу, анкилозировалась въ такомъ положеніи съ костями голени, отчего культя стала негодной къ употребленію. 2-ой случай Романовскаго тоже далъ анкилозъ голеностопнаго сочлененія и мало годную къ ходьбѣ культю. Въ случаѣ Larger, гдѣ подвижности въ культѣ почти не было, больная могла ходить только съ помощью аппарата.

Сравнивнивая культю Malgaigne'я съ культей Chopart'а, мы, конечно, должны отдать предпочтенiе послѣдней во всѣхъ отношенiяхъ. Она гораздо подвижнѣе, площадь опоры ея больше и представляетъ почти неизмѣненную часть подошвы нормальной стопы. Кромѣ того при ней нѣтъ, укороченiя конечности, тогда какъ культя Malgaigne'я обусловливаетъ, хотя и небольшое, но все же замѣтное укороченiя конечности.

Въ нашемъ случаѣ № 3, гдѣ на другой стопѣ была произведена ампутацiя по Lisfranc'у, укороченiе конечности съ культею Malgaigne'я равно 1 сант.; въ случаѣ № 1, съ культей по Пирогову на другой стопѣ, конечность съ Malgaigne'вской культей длиннѣе на 1 сант.; если считать укороченiе конечности при Пироговской ампутацiи равнымъ $2^{1}/_{2}$ сант., то на долю Malgaigne'вской остается $1^{1}/_{2}$ сант. Въ случаѣ № 2, въ которомъ другая конечность ампутирована по Moshcowicz'у, конечность съ Malgaigne'вской культей длиннѣе на 6 сант.; если принять, что ампутацiя стопы даетъ укороченiе до 8 сант., то на долю Malgaigne'вской культи остается также приблизительно $1^{1}/_{2}$ сант. Въ случаѣ Nélaton'а, описываемомъ Платоновымъ, укороченiе конечности послѣ ампутацiи по Malgaigne'ю было 2 $^{1}/_{2}$ сант., у Volkmann'а 2 сант., у Романовскаго 3 и 2 сант. Въ среднемъ укороченiе можно считать равнымъ 2—$2^{1}/_{2}$ сант. Исключенiе представляютъ случаи Dubujadoux, гдѣ укороченiе было отъ 3,5 до 4 сант. Укороченiе конечности при операцiи Malgaigne'я происходитъ вслѣдствiе удаленiя пяточной кости и величина его равна толщинѣ этой кости. Укороченiе это такъ незначительно, что больные не нуждаются въ протезѣ. У большинства авторовъ больные ходили, совсѣмъ или почти не хромая, у Maisonneuve'а и Volkmann'а ходили на высокомъ каблукѣ, причемъ у послѣдняго больной при ходьбѣ босикомъ хромалъ.

Считая методику операцiи Malgaigne'я общеизвѣстной, мы не станемъ ее приводить, отмѣтимъ только, что она сложнѣе предъидущихъ, потому что отдѣленiе производится по 2-мъ суставнымъ линiямъ и очертанiя лоскута гораздо извилистѣе; конечно способы Malgaigne'я съ внутренне-подошвеннымъ лоскутомъ, Verneui'я и Nélaton'а съ подошвеннымъ или Perrin'а и Chauvel'я „en raquette“ заслуживаютъ предпочтенiя передъ другими. Манипуляцiи съ самой таранной костью, какъ спиливанье головки въ случаѣ недостаточности лоскута, какъ это дѣлалъ Hancock, или спи-

ливанье нижней поверхности таранной кости на уровнѣ нижняго края лодыжекъ для образованія широкой площади опоры (Baudens), или наконецъ соскабливанье хряща головки (Dolbeau) врядъ-ли заслуживаютъ упоминанія, а послѣднія 2 добавленія прямо вредны; вмѣсто законченной хрящевой поверхности, при нихъ противопоставляется почвѣ костный распилъ со всѣми непріятными послѣдствіями, которыя можетъ дать такое противопоставленіе и культя Malgaigne'я по выносливости конца культи при этихъ способахъ сводится къ уровню надлодыжечной ампутаціи голени.

Резюмируя все вышесказанное, можно характеризовать культю Malgaigne'я, какъ въ высшей степени выносливую, сравнительно подвижную и удобную, въ смыслѣ наименьшаго укороченія конечности, культю, представляющую, при обычныхъ способахъ методики, больному полную способность пользоваться конечностью безъ протеза.

Въ заключеніе привожу исторіи болѣзней случаевъ, имѣющихся въ моемъ распоряженіи.

1) Я. Мужчина 29 лѣтъ *). Обмороженіе обѣихъ стопъ. На лѣвой ногѣ ампутація по Malgaigne'ю, на правой—по Пирогову. Ходитъ босой увѣренно безъ протеза и опоры. Припадаетъ на лѣвую ногу при ходьбѣ, правую заноситъ при переступаніи нѣсколько въ бокъ. Подъ наблюденіемъ 5 лѣтъ (рис. № 18)

2) Х. Мужчина 52-хъ лѣтъ. Обмороженіе обѣихъ стопъ. На обѣихъ стопахъ операція по Malgaigne'ю; черезъ 40 дней на лѣвой стопѣ изъ за омертвѣнія части лоскута операція по Moshcowicz'у. Выздоровленіе. Ходитъ довольно хорошо въ валеныхъ сапогахъ. Культя Malgaigne'я безукоризненна, культя—Moshcowicz'а съ наружной стороны слегка болѣзненна. (рис. № 19).

3) См. главу 5 № 2. На лѣвой стопѣ омертвѣніе передней стопы и пятки, такъ что подтаранное вылущеніе вышло съ лоскутомъ атипичной формы. Черезъ 2 мѣсяца наступаетъ хорошо на культю (рис. № 7).

4) Мужчина 49 лѣтъ. Старческое омертвѣніе лѣвой стопы. Ампутація по Malgaigne'ю. Культя очень хороша, но изъ за контрактуры колѣна больной не могъ ею пользоваться.

---

*) Случай этотъ описанъ докторомъ Березнеговскимъ. Медицинское Обозрѣніе 1905 г. № 1.

ГЛАВА VIII.

Amputatio pedis osteoplastica

(операція Пирогова)

Во всѣхъ способахъ ампутаціи стопы, которые приводились нами до сихъ поръ, распилъ или естественное окончаніе кости съ хрящевой оболочкой, покрывались лоскутомъ изъ мышцъ и кожи. Методъ Пирогова вноситъ совершенно новый принципъ: при немъ лоскутъ состоитъ, кромѣ мягкихъ покрововъ, еще изъ отрѣзка кости стопы, приживляемаго къ распилу костей голени. Главное преимущество этого принципа заключается въ томъ, что при немъ внутренній рубецъ находится не между костью и мягкими частями, а между костными распилами.

Отрѣзокъ кости, находящійся въ лоскутѣ, берется въ естественномъ соединеніи съ мягкими частями, благодаря этому, окончаніе культи покрыто рядомъ тканей, по группировкѣ ничѣмъ не отличающихся отъ нормальныхъ. Мягкія части конца культи, находящіяся въ естественной связи съ костью, не только вполнѣ подвижны и безболѣзненны, но представляютъ гарантію отъ развитія непріятныхъ осложненій при дальнѣйшемъ пользованіи культей.

Операціи Пироговскаго типа, при которыхъ въ лоскутъ берется отрѣзокъ пяточной кости можно раздѣлить на 3 группы: къ первой относятся всѣ обычныя модификаціи, въ которыхъ къ распилу костей голени приставляется отрѣзокъ пяточной кости, отпиленной въ той или другой плоскости; ко второй группѣ относятся тѣ же модификаціи, но при условіи сохраненія межлодыжковой голенной ниши, и наконецъ къ третьей группѣ можно отнести тѣ модификаціи, при которыхъ отрѣзокъ пяточной кости приставляется къ распилу не голени, а таранной кости.

Для образованія своей культи Пироговъ воспользовался лоскутомъ, по очертаніямъ близкимъ къ лоскуту Syme'а, но этотъ лоскутъ онъ оставилъ въ связи съ бугромъ пяточной кости, отпиленнымъ поперечно къ длинной ея оси. Распилъ бугра, при-

ставленный къ распилу костей голени, даетъ тонкій костный рубецъ, причемъ пяточный бугоръ представляетъ прямое продолженіе больше-берцовой кости.

Конечно, Пироговымъ былъ данъ новый принципъ постройки культи, и совсѣмъ не обязательно производитьпластическое удлиненіе только на счетъ пяточнаго бугра. Послѣдующее время показало, что съ этой цѣлью можно использовать любую часть стопы, хотя справедливость требуетъ отмѣтить, что все таки одною изъ наиболѣе удачныхъ и наиболѣе часто практикуемыхъ модификацій является основная, предложенная самимъ Пироговымъ.

Въ настоящее время нѣтъ нужды отстаивать операцію Пирогова и выставлять ея преимущества передъ ампутаціей хотя бы Syme'а или другихъ авторовъ, видоизмѣняющихъ первоначальный типъ операціи. Опасенія, высказывавшіяся многими современниками Пирогова по поводу его ампутаціи, оказались теоретическими разсужденіями, не подтвердившимися на дѣлѣ.

Syme и Fergusson предостерегали своихъ читателей отъ этой операціи. Malgaigne, а съ его голоса и другіе французскіе авторы, ставили въ причинную связь съ методомъ, омертвѣніе лоскута, свищи, боли при хожденіи, рецидивы туберкулеза и т. д. „При ампутаціи Пирогова, говоритъ Malgaigne, опорной точкой становится задняя поверхность пятки, этого достаточно, чтобы свести на нѣтъ почти все достоинство этой операціи". Въ настоящее время подобная оцѣнка врядъ-ли заслуживаетъ подробнаго критическаго разсмотрѣнія.

При основномъ способѣ бугоръ пяточной кости отпиливается перпендикулярно къ ея длинной оси и чтобы поверхности распиловъ голени и пяточной кости соприкасались, необходимо отрѣзокъ пяточной кости повернуть, какъ говоритъ Schede, на 90^0. Вѣрнѣе было бы сказать, что поворотъ этотъ достигаетъ не болѣе 60^0, такъ какъ пяточная кость въ нормальной стопѣ приподнята переднимъ концомъ кверху не менѣе, чѣмъ на 30^0 и поэтому ея перпендикулярный распилъ смотритъ не кпереди, а кпереди и кверху. Такъ или иначе, благодаря такому сильному повороту бугра, натягивается Ахиллово сухожиліе, прикрѣпляющееся къ нему и постоянной своей тягой можетъ въ періодѣ заживленія смѣстить отрѣзокъ кзади. Нѣкоторые авторы (Legouest и др.) обратили вниманіе на это обстоятельство и совѣтовали перерѣзывать Ахиллово сухожиліе во время операціи.

Schede держится того мнѣнія, что трудность поворота, зависитъ не столько отъ напряженія Ах. сухожилія, сколько отъ инфильтраціи и отечности мягкихъ частей вслѣдствіе хроническаго воспаленія стопы, послужившаго причиной ампутаціи.

Linhart выставляетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиной этого затрудненія не мягкія части, а костякъ стопы. Въ стопахъ съ низкой таранной костью и плоскимъ сводомъ можетъ оказаться слишкомъ короткимъ промежутокъ изъ мягкихъ частей между заднимъ бугромъ пяточной кости и костями голени. Въ такихъ случаяхъ поворотъ пяточнаго бугра можетъ оказаться затруднительнымъ даже при неизмѣненныхъ тканяхъ. Возможность возникновенія подобныхъ затрудненій не осталась неизвѣстной самому Пирогову. „Я читалъ, говоритъ онъ, что нѣкоторые хирурги предлагаютъ соединить мою операцію съ подкожною тенотоміею Ахилловой жилы. Этимъ они, вѣроятно, хотятъ предотвратить напряженіе въ заднемъ (пяточномъ) лоскутѣ. Но напряженіе, котораго я всегда избѣгаю, какъ главнаго препятствія къ успѣху, зависитъ отъ двухъ причинъ, оно встрѣтится, или когда мало отпилишь ладышекъ и суставной поверхности большеберцовой кости, или же, когда много оставишь пяточной кости въ заднемъ лоскутѣ. Того и другого избѣгнешь, если будешь наблюдать за тѣмъ во первыхъ, чтобы ладышки были отпилены возлѣ ихъ самого основанія и съ ними вмѣстѣ снимешь пилой тонкую хрящевую бляшку отъ суставной поверхности большого берца), во вторыхъ же, чтобы кусокъ пяточной кости, остающійся въ заднемъ лоскутѣ не выпячивался изъ окружающихъ его мягкихъ частей. Чѣмъ болѣе оставишь пяточной кости въ заднемъ лоскутѣ, тѣмъ болѣе отпили отъ нижняго конца большеберцовой. Сверхъ этого можешь предотвратить напряженіе еще и тѣмъ, если отпилишь наискось задній край суставной поверхности большого берца. Этотъ край именно и натягиваетъ Ахиллово сухожиліе при нагибаніи задняго лоскута на кость“. Этими словами дается указаніе на удобство косого распила голени и на возможность вообще измѣненія линіи распила

Способы Sédillot, Günther'a, Partridge, Cooke и др. представляютъ дальнѣйшее развитіе первоначальнаго указанія Пирогова. Косой распилъ на практикѣ примѣняется довольно часто.

Всего въ литературѣ съ 1874-го года мною найдено 259 случаевъ операціи Пирогова (Levis, Schoemaeker—9 случ., Wolf,

Roman und Klopfer—20 случ., Gueterbock—4 случ., Marcacci—2 случ., Dittel—40 случ., Sédillot, Rudnic, Gallazi, Motz, Jahn—19 случ., Bibelje—49 случ., Schiel, Brummer, Collius, Kern—3 случ., Marburg—21 случ., Girsztowt, Essen—16 случ., Dwyer—7 случ., Schrade—22 случ., Spendler—11 случ., Bardeleben, Rydygier, Бахрушинской больницы, Горячева, Склифосовскаго—10 случ., Дьяконова—3 случ., Бобровской клиники—2 случая, Спасокукоцкаго—6 случ., Матвѣева). Если къ этому числу прибавить 7 случаевъ Томской Госп. клиники времени проф. Салищева и 6 случаевъ проф. Тихова, то получится всего 272 случая, изъ этого числа о косомъ распилѣ упоминается въ 108 случаяхъ.

Нельзя сказать, чтобы косой распилъ особенно вызывался обстоятельствами дѣла. Конечно, описанныя выше причины вызываютъ иногда отклоненіе отрѣзка пяточной кости кзади. Такъ было, какъ ясно видно на Рентгеновскихъ снимкахъ, въ нашихъ 2-хъ случаяхъ (2-мъ и 3-мъ) и въ случахъ Linhart'a, Schneider'a, Volkmann'a и др., но во всѣхъ этихъ случаяхъ описываемая неправильность нисколько не мѣшала пользоваться культей, а въ нашемъ случаѣ она вмѣстѣ съ подвижностью отрѣзка прямо помогала культѣ лучше отправлять свои функціи, превративъ культю изъ неподвижной въ малоподвижную.

Единственное преимущество косого распила—это болѣе широкая поверхность соприкосновенія распиленныхъ костей, такъ какъ поверхность косого распила больше новерхности перпендикулярнаго. Кромѣ того косой распилъ имѣетъ ввиду устранить то обстоятельство, которое Malgaigne приводитъ, какъ крайній недостатокъ Пироговской культи. При обычномъ Пироговскомъ распилѣ, по мнѣнію Malgaigne'я, культя упирается въ землю задней поверхностью пяточнаго бугра, покрытой тонкой, мало выносливой кожей. При косомъ распилѣ культя должна опираться на нижнюю поверхность пятки, т. е. на свою естественную точку опоры. Это положеніе не совсѣмъ справедливо. Пяточная кость въ нормальной стопѣ упирается въ землю не нижней поверхностью, а задне-нижнимъ концомъ. Въ основной Пироговской культѣ подушка изъ кожи и мышцъ, представляющая мягкій покровъ для этого задне-нижняго конца, заворачивается кпереди. Не говоря ужъ о томъ, что любой участокъ кожи сравнительно быстро приспособляется переносить давленіе и соотвѣтственно грубѣетъ, кожно-мускульная подушка Пироговской культи, со-

стоящая изъ мягкихъ частей подошвы, съ теченiемъ времени оттягивается внизъ, и наступанiе совершается не столько на заднюю поверхность стопы, сколько на задне-нижнюю часть пятки.

Изъ нашихъ 3-хъ случаевъ Пироговской ампутацiи, въ первыхъ двухъ отрѣзокъ пяточной кочти отклонился кзади и наступанiе, какъ при косомъ распилѣ, совершается на заднюю часть пятки, но и въ 3-мъ случаѣ, гдѣ отрѣзокъ пяточной кости, судя по Рентгеновскимъ снимкамъ, приросъ совершенно правильно и представляетъ прямое продолженiе костей голени, подушка изъ мягкихъ частей подошвы осѣла внизъ и наступанiе совершается на нее, а не на кожу задней поверхности пятки. Въ 4-ой культѣ Пирогова (хранящейся въ кабинетѣ при кафедрѣ общей хирургiи Томск. Унив. и любезно предоставленной мнѣ проф. В. М. Мышъ, за что приношу ему благодарность) отрѣзокъ пяточной кости стоялъ совершенно перпендикулярно, тѣмъ не менѣе наступанiе совершалось исключительно на осѣвшую книзу кожу подошвенной поверхностил пятки. При этомъ нужно отмѣтить, что рубецъ во всѣхъ 4-хъ сучаяхъ не смѣщенъ.

Для того чтобы произвести косой распилъ, нужно соотвѣтственнымъ образомъ выкроить лоскутъ, хотя и при обыкновенномъ Пироговскомъ распилѣ можно косо распилить кости. Нижнiй разрѣзъ проводится не перпендикулярно, но косо отъ концовъ лодыжекъ впередъ, такъ чтобы онъ коснулся подошвы на уровнѣ сустава Chopart'a.

Busk точно опредѣляетъ линiю косого распила пяточной кости. Онъ проводитъ его отъ задняго края суставной поверхности для таранной кости къ нижнему краю суставной поверхности для кубовидной кости. Какъ преимущество косого распила, онъ выставляетъ, кромѣ вышеуказанныхъ соображенiй еще и то, что остающiйся отрѣзокъ пяточной кости не нужно такъ поворачивать кверху, какъ при основномъ Пироговскомъ методѣ. Благодаря этому, Ахиллову сухожилiю не приходится такъ напрягаться.

Естественно, что послѣ косого распила пяточной кости должна была возникнуть мысль о горизонтальномъ ея распилѣ, еще меньше измѣняющемъ нормальное положенiе подошвенной поверхности. Такой способъ былъ предложенъ Pasquier, а развитъ и популяризованъ Le Fort'омъ. Le Fort съ успѣхомъ произвелъ ампутацiю съ горизонтальнымъ распиломъ у больного съ двусто-

роннимъ pes varus, при чемъ имѣлось сильное изъявленіе наружнаго края обѣихъ стопъ, мѣшавшее больному ходить.

Такимъ образомъ мы имѣемъ 3 главныхъ способа распила пяточной кости при костно-пластической ампутаціи стопы Пироговскаго типа: перпендикулярный, косой и горизонтальный. Оперативная техника довольно проста во всѣхъ 3-хъ случаяхъ; сравнительно труднѣе 3-й способъ и въ немъ моментъ отдѣленія задней части пяточной кости и введеніе туда пилы; это обстоятельство дало поводъ Склифосовскому производить распилъ пяточной кости спереди назадъ, выводя пилу кверху на верхней поверхности, не доходя до задняго края.

Bruns совѣтуетъ пяточную кость выпиливать по вогнутой кривой, голень соотвѣтственно по выпуклой. Boeckel выпилилъ клинъ изъ верхней половины пяточной кости и, спиливъ клинообразно голень, вставилъ ее въ образованное гнѣздо; пяточную кость онъ распилилъ сначала вертикально позади ея верхней суставной поверхности, а затѣмъ горизонтально кпереди, такъ что образовалась ломанная линія распила и удаленная часть пяточной кости сзади равнялась 11-ти сант., а спереди 7 ми. Отъ голени тоже была отпилена соотвѣтственная пластинка. Пяточная кость стоитъ подъ прямымъ угломъ къ голени.

3 основные способа распила пяточной кости въ результатѣ даютъ довольно схожія между собой культи. Опорною площадью культей служитъ въ случаѣ вертикальнаго распила задняя поверхность стопы и главнымъ образомъ задняя часть пятки, при косомъ-задняя часть пятки и при горизонтальномъ вся нижняя поверхность пятки. Первые два способа даютъ въ этомъ отношеніи результаты почти одинаковые, такъ какъ точка опоры при нихъ остается почти тою же, какъ и въ нормальной стопѣ. При горизонтальномъ распилѣ стопа опускается на всю нижнюю поверхность пяточной кости и, слѣдовательно, опорная площадь культи увеличивается на счетъ задней части свода стопы, восходящей дуги продольной арки. Само собой разумѣется, что чѣмъ больше отрѣзокъ пяточной кости наклоненъ кпереди, тѣмъ большая часть подошвы прикоснется къ землѣ, и при горизонтальномъ распилѣ она будетъ наибольшей.

Разсматривая оттиски слѣдовъ культи, полученныхъ послѣ ампутаціи по Пирогову (рис. № 21), изъ которыхъ въ двухъ, какъ показалъ Рентгеновскій снимокъ, отрѣзокъ пяточной кости

отклоненъ косо кзади отъ длинной оси голени, а въ третьемъ представляетъ непосредственное ея продолженіе, мы находимъ, что въ культѣ съ вертикальнымъ распиломъ calcanei площадь слѣда самая малая —15 кв. с., во 2-мъ случаѣ, гдѣ отрѣзокъ пяточной кости отклонился нѣсколько кзади, она равна 18 кв. с. и, наконецъ, въ 3-мъ, гдѣ отклоненіе больше всего и между отрѣзкомъ пяточной кости и голенью образовался суставъ, позволяющій этому отрѣзку двигаться по продольной оси, площадь слѣда равна 22 кв. с.

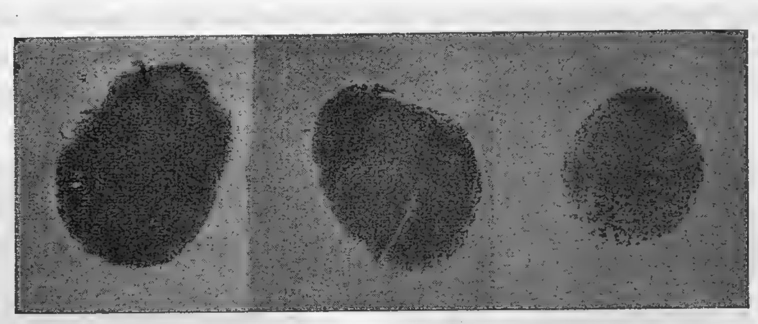


Рис. № 21. 1/4 естеств. велич.

Въ культѣ Pasquier-Le Fort'а опорой площади служитъ вся нижняя поверхность пяточной кости съ соотвѣтственными мягкими частями подошвы и поэтому слѣдъ ея, если отрѣзокъ пяточной кости взятъ во всю длину calcanei, долженъ по величинѣ равняться приблизительно слѣду культи Chopart'а т. е. около 41 кв. с.

У Böckel'я слѣдъ культи послѣ ампутаціи съ горизонтальной постановкой пяточной кости получился больше 60 кв. с., т. е. въ 4 раза больше слѣда Пироговской культи основного типа.

Кромѣ величины слѣда, съ измѣненіемъ угла наклоненія отрѣзка пяточной кости измѣняется и форма оттиска слѣда: при вертикальномъ положеніи отрѣзка она круглая, при наклонномъ становится овальнѣе, при чемъ длинный діаметръ овала, представляемаго ею, тѣмъ больше, чѣмъ больше наклонъ отрѣзка къ горизонтальной плоскости.

По величинѣ слѣда Пироговская культя основного типа является самой малой изъ всѣхъ ампутаціонныхъ культей стопы, приближаясь въ этомъ отношеніи къ простѣйшему протезу голени—деревяшкѣ. Эта культя опирается главнымъ образомъ на

часть естественной подошвы и мягкая подушка ея имѣетъ достаточную толщину. На Рентгеновскихъ снимкахъ эта толщина доходитъ до 2-хъ сант. Культя Pasquier-Le Fort'a, какъ и Chopart'овская, обладаетъ совершенно нормальной подкладкой въ своей подошвенной части.

На имѣющихся у насъ Рентгеновскихъ снимкахъ 4-хъ Пироговскихъ культей отрѣзки пяточной кости, какъ было выше сказано, приросли подъ различными углами. Въ 2 изъ нихъ эти отрѣзки представляютъ непосредственное продолженіе голени, въ 3-ей отрѣзокъ отклонился кзади на 30^0 и въ 4-ой на 45^0, въ послѣдней культѣ кромѣ того имѣется ложный суставъ между голенью и отрѣзкомъ calcanei (рис. №№ 22, 23 и 24). Нельзя ска-



Рис. № 22.

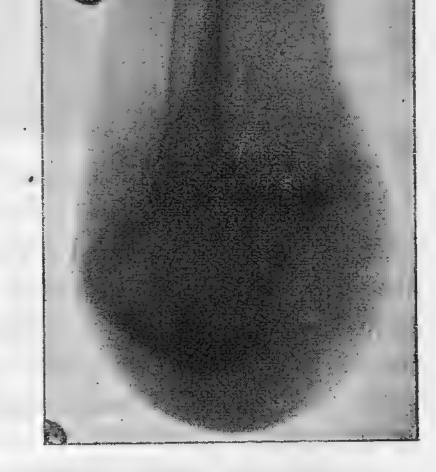


Рис. № 23.

зать, что сами отрѣзки остались неизмѣненными. Въ самой молодой культѣ 5-ти мѣсяцевъ, измѣненій въ отрѣзкѣ никакихъ не наблюдается. Изъ 3-хъ слѣдующихъ культей, 1-ой—около трехъ лѣтъ, 2-ой—5 лѣтъ и 3-ьей, судя по мозоли на служебной сторонѣ, не менѣе года. Въ первыхъ 2-хъ изъ 3-хъ послѣднихъ культей, въ особенности же во второй, отрѣзокъ пяточной кости носитъ слѣды измѣненій. Нѣкоторые костные участки его мѣстами разсосались, мѣстами же у линіи сращенія имѣются остеофиты. Въ 3-мъ случаѣ отрѣзокъ сильно измѣнился и уменьшился въ объемѣ, такъ что мало напоминаетъ по очертаніямъ задній бугоръ пяточной кости.

На Пироговской культѣ сдѣланы попытки изучить измѣненiя структуры костей, какъ результатъ измѣнившихся вслѣдствiе ампутацiи условiй нагруженiя культи и сухожильно-мышечнаго аппарата. Отпаденiе функцiональной дѣятельности многихъ мышцъ, измѣненiе построенiя опорной площади, перемѣщенiя точекъ опоры, все это конечно не можетъ остаться безъ влiянiя на строенiе кости. По Wolf'у, каждая, сдѣлавшаяся не нужной, костная перекладина разсасывается и замѣняется другой, болѣе нужной. Во всякой кости, стоящей какъ въ нормальныхъ, такъ и въ патологическихъ условiяхъ, развитiе костныхъ отдѣловъ стоитъ въ причинной связи съ функцiональнымъ назначенiемъ каждой кости, т. е. отложенiе костныхъ балокъ происходитъ тамъ, гдѣ требуется большая устойчивость и крѣпость кости при наименьшемъ вѣсѣ послѣдней. Kern, чтобы изучить этотъ законъ, изслѣдовалъ 3 культи послѣ ампутацiи по Günther'у изъ коллекцiи Фрейбургской клиники. На продольныхъ распилахъ tibiae и calcanei по Пирогову костныя балки передней и задней поверхности tibiae переходятъ въ соотвѣтственныя балки calcanei, представляющiя по направленiю какъ бы ихъ естественное продолженiе.

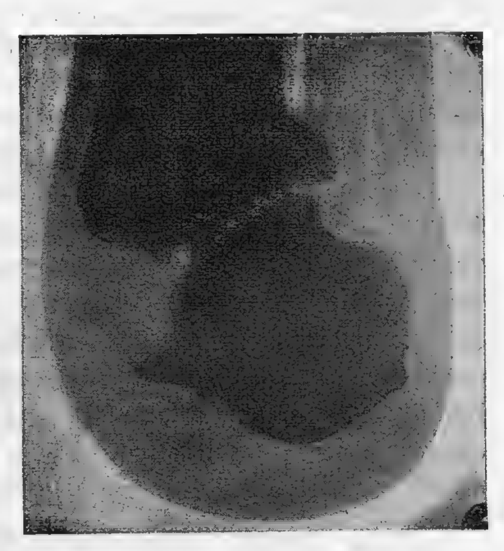


Рис. № 24.

На распилахъ, сдѣланныхъ по Günther'у, системы балокъ этихъ 2 костей образуютъ тупой уголъ и ось культи внизу загнута кзади, тогда какъ въ Пироговской линiи она представляется въ видѣ одной прямой линiи.

Слѣдовательно, въ культѣ Günther'а точка опоры или пунктъ отягощенiя (Druckseite) находится сзади, пунктъ же тяги (Zugseite), въ которомъ обѣ кости стремятся разойтись, находится спереди. Отрѣзъ calcanei приростаетъ къ tibia и fibula и поэтому ось конечности смѣщается кнаружи, tibia выдается внутренней частью надъ отрѣзкомъ calcanei, a fibula принимаетъ на

себя часть функцій во время ходьбы. Поэтому по закону Wolf'a fibula должна сдѣлаться толще въ наружной кортикальной части, tibia же наоборотъ атрофироваться во внутреннемъ выстоящемъ отрѣзкѣ. Костныя же перекладины трансформируются, направившись по 2 направленіямъ: отягощенія и тяги, при чемъ первыя конечно будутъ выражены сильнѣе, чѣмъ вторыя, такъ какъ сила, дѣйствующая по ихъ направленію, больше. Въ двухъ случаяхъ эти измѣненія были найдены Kern'омъ, въ 3-мъ сращенія не наступило.

Въ обоихъ случаяхъ уголъ между перекладинами сглаженъ, такъ что образуется одна прямая. Задняя корткальная пластинка tibiae очень утолщена и переходитъ въ таковую же отрѣзка calcanei, равно какъ наружная пластинка fibulae.

Одна изъ описываемыхъ культей была въ употребленіи всего 1—2 мѣсяца, вторая—3 года. У этой 2-ой измѣненія въ смыслѣ трансформаціи были почти закончены. 3-ья, описанная этимъ авторомъ, Пироговская культя, какъ выше сказано, не представляла еще костнаго сроіщенія и измѣненія въ структурѣ ея костей отсутствовали. Еще одну Пироговскую культю описываетъ Hildebrandt изъ Кильской клиники. Культя эта получена черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ операціи и большую часть этого времени служила своей обладательницѣ, погибшей отъ чахотки. Хотя срощеніе кости было уже закончено, однако оно было не крѣпко и измѣненій въ структурѣ кости не представлялось. Tibia и отрѣзокъ calcanei представлялись въ этомъ отношеніи такими, точно вчера были распилены. 2-ая Пироговская культя, изслѣдованная Hildebrandt'омъ, судя по толстой пяточной мозоли, служила своему обладателю не менѣе года. На сагиттальномъ разрѣзѣ этой культи можно замѣтить только утолщеніе кортикальнаго слоя на задней сторонѣ больше-берцовой кости, наиболѣе нагруженной, да болѣе тѣсное въ этомъ мѣстѣ расположеніе костныхъ перекладинъ. На распилѣ нигдѣ не замѣтно непосредственнаго перехода костныхъ перекладинъ большеберцевой кости въ таковыя же пяточной и эти перекладины сходятся большей частью подъ тупымъ угломъ.

Solger также описываетъ 2 Пироговскія культи, которыя получены черезъ 6 и 11 лѣтъ послѣ операціи. Эти культи вполнѣ сохранили свой характеръ строенія спонгіозной части, точно только вчера были распилены.

На изслѣдованномъ мною распилѣ Пироговской культи, любезно предоставленномъ мнѣ проф. В. М. Мышъ, также нельзя прослѣдить непосредственнаго перехода костныхъ перекладинъ изъ одной кости въ другую. По плоскости распила костное сращенiе существуетъ только въ самой задней части соединенiя и въ этомъ мостикѣ ясно прослѣдить ходъ перекладинъ не представляется возможнымъ, хотя культя, повидимому, долго служила своему обладателю, но на Рентгеновскомъ снимкѣ (рис. № 22) и по заднему, и по переднему краю отрѣзка calcanei имѣются утолщенiя костныхъ балокъ, идущiя вертикально и переходящiя непосредственно въ балки tibiae. Во второй культѣ на Рентгеновскомъ снимкахъ видѣнъ переходъ косыхъ балокъ передней части calcanei въ вертикальныя балки tibiae.

Однимъ изъ главныхъ достоинствъ культи Пирогова является ея способность сравнительно мало укорачивать конечность. Происходитъ это отъ того, что заднiй отрѣзокъ пяточной кости, поварачиваясь распиломъ кверху, представляетъ довольно значительную подставку для голени. Хотя самъ Пироговъ говоритъ, что культя Malgaigne'я длиннѣе, чѣмъ культя послѣ ампутацiи по его способу, тѣмъ не менѣе разница между ними въ этомъ отношенiи не велика. По мнѣнiю Пирогова, укороченiе конечности при его ампутацiи меньше укороченiя при другихъ ампутацiяхъ на $1^1/_2$ дюйма или на 4 сант. Конечно онъ подразумѣваетъ подъ другими ампутацiями простую ампутацiю всей стопы, какъ напримѣръ по способу Syme'а и т. д. Въ приводимомъ имъ одномъ изъ первыхъ случаевъ, укороченiе конечности равно отъ $1^1/_4$ до $1^1/_2$ дюйма т. е. около 4 сант., но эта цыфра больше средней величины. По Weber'у, укороченiе конечности при ампутацiи Пирогова достигаетъ въ среднемъ 2,8 сант. (maximum—7 сант., minimum—1,1 сант.) У Schede среднее укороченiе конечности при Пироговской ампутацiи равно 1,8 сант., встрѣчаются случаи, гдѣ укороченiя почти нѣтъ и чаще всего оно достигаетъ только одного сантиметра.

Въ нашихъ 2 хъ случаяхъ оно равнялось 2 и $2^1/_2$ сант. Въ среднемъ, принимая во вниманiе предъидущiя цифры, укороченiе можно считать равнымъ $2^1/_2$ сант. и въ нашемъ 3-емъ случаѣ, о которомъ мы уже упоминали, гдѣ одна стопа была ампутирована по Malgaigne'ю, а другая по Пирогову, конечность съ ампутацiей по Пирогову была короче на 1 сантиметръ.

Ампутація по Le Fort'у даетъ укороченіе гораздо больше, чѣмъ Пироговская.

Въ литературѣ мною найденъ 21 случай ампутаціи по Pasquier Le Fort'у (Le Fort—15 случ., Boeckel, Perkowsky, Beverdin, Rioblanc, Duret, Essen) Изъ всѣхъ этихъ случаевъ объ укороченіи упоминается только въ 3-хъ (Perkowsky—8 сант., Boeckel—5 сант. и Reverdin—3 сант.—въ среднемъ не много болѣе 5 сант.) Faure считаетъ укороченіе конечности при ампутаціи по Pasquier—Le Fort'у равнымъ въ среднемъ 5 сант. Вообще объ укороченіи конечности при различныхъ модификаціяхъ метода Пирогова нужно сказать, что оно не фиксировано въ болѣе или менѣе узкихъ границахъ, какъ въ другихъ способахъ, напр. при подтаранномъ вылущеніи, такъ какъ зависитъ отъ 2-хъ величинъ, не постоянныхъ по размѣрамъ: удаляемыхъ частей пяточной кости и костей голени. Конечно, чѣмъ больше удаляемыя части, тѣмъ короче получается конечность. Отсюда понятны такія большія колебанія длины конечности при одномъ и томъ же способѣ у различныхъ авторовъ. Тогда какъ въ способѣ Пирогова это укороченіе отчасти возмѣщается на счетъ длины повернутаго отрѣзка пяточной кости, при другихъ способахъ этого-же типа такого возмѣщенія не происходитъ и поэтому способъ Le Fort'а даетъ укороченіе вдвое большее, чѣмъ способъ Пирогова.

Послѣ горизонтальнаго распила естественно должна была возникнуть мысль воспользоваться продольнымъ сагиттальнымъ распиломъ пяточной кости, чтобы утилизировать въ смыслѣ остеопластики одинъ изъ боковыхъ ея отрѣзковъ при цѣлости соотвѣтственнаго лоскута съ боку стопы.

Первымъ, предложившимъ такую модификацію при цѣлости внутренней стороны стопы, былъ проф. Тауберъ. При его способѣ въ лоскутъ берется внутренняя часть задняго отдѣла стопы съ прилежащей соотвѣтственной боковой частью пяточной кости, которая прикладывается къ отпилу костей голени.

Преимуществомъ своего способа Тауберъ считаетъ то, что задняя большеберцовая артерія остается не тронутой и входитъ неповрежденной въ ампутаціонную культю. Прикрѣпленіе Ахилл. сухожилія и слизистая сумка при распиливаніи пяточной кости не повреждаются. Поверхность распила пяточной кости по величинѣ своей соотвѣтствуетъ поверхности распила костей голени.

Показаніемъ къ своему способу Тауберъ считаетъ тѣ случаи, при которыхъ повреждены покровы наружной поверхности (при не заживающихъ язвахъ, новообразованіяхъ, омертвѣніяхъ стопы), тогда какъ внутренняя поверхность пятки представляется совершенно здоровой. Анатомическое различіе этихъ 2 хъ поверхностей пятки, говоритъ авторъ, а именно обиліе сосудовъ на внутренней поверхности и относительная бѣдность кровеносныхъ сосудовъ на наружной поверхности пятки, даютъ право a priori высказаться, что подобные случаи встрѣчаются не рѣдко. Однако за 20 слишкомъ лѣтъ существованія способа намъ не удалось найти въ литературѣ ни одного случая его примѣненія.

Одинъ разъ была произведена ампутація по этому способу въ 1896-мъ году въ клиникѣ проф. Салищева, но результатъ ея остался неизвѣстнымъ, 2-ой разъ я сдѣлалъ эту операцію по поводу обмороженія стопы, но принужденъ былъ окончить операцію ампутаціей голени, такъ какъ обѣ артеріи стопы оказались затромбированными. Для способа этого, очень заманчиваго по идеѣ, представляется меньше показаній, чѣмъ для подтараннаго вылущенія уже потому, что таранная кость отстоитъ гораздо дальше отъ подошвеннаго лоскута и гораздо чаще представляется возможность, соотвѣтственно измѣнивши очертанія лоскута, прикрыть имъ скелетъ культи. При способѣ же Таубера границы лоскута болѣе фиксированы костной его частью и поврежденіе задней части пятки сильно затрудняетъ прилаживаніе мягкихъ частей другъ къ другу, а пораженіе пятки—явленіе весьма частое и при обмороженіяхъ обычно сопровождаетъ пораженіе передней части стопы.

Въ одномъ изъ представившихся намъ подобныхъ случаевъ (см. случ. № 2 въ 5-ой главѣ) съ пораженіемъ вслѣдствіе обмороженія передняго отдѣла стопы и пятки съ поврежденіемъ наружной части стопы, мы предпочли сдѣлать подтаранное вылущеніе съ внутреннимъ лоскутомъ, такъ какъ пораженіе пятки не представляло возможности прибѣгнуть къ способу Таубера.

Не одинъ только внутренній, богатый сосудами, лоскутъ послужилъ къ образованію остеопластической культи. Eiselsberg въ соотвѣтственномъ случаѣ измѣнилъ способъ Таубера, воспользовавшись для культи наружной частью стопы съ наружнымъ отрѣзкомъ пяточной кости. У 59-ти лѣтняго старика имѣлась sarcoma, развившаяся изъ таранной кости и простиравшаяся кверху до внут-

ренней лодыжки, кпереди до клиновидныхъ костей, кзади и книзу до средины стопы. Не смотря на заживленіе черезъ вторичное натяженіе и преклонный возрастъ больного, кости срослись и лоскутъ уцѣлѣлъ. Черезъ 2 мѣсяца были сдѣланы первыя попытки ходить; укороченіе конечности—4 сант., почти такое же какъ и при ампутаціи по Le Fort'у.

Размѣры площади слѣда культи Le Fort'a и близкихъ къ ней культей мнѣ опредѣлить не удалось ввиду отсутствія изслѣдованныхъ случаевъ, но ввиду того, что опорой культи при этихъ ампутаціяхъ служитъ вся поверхность пяточной кости, слѣдъ культи долженъ получиться не меньше, чѣмъ въ культяхъ Chopart'a.

Всего случаевъ ампутацій Пироговскаго типа съ распиломъ пяточной кости по разнымъ направленіямъ и неподвижной культей мною найдено въ литературѣ послѣ 1874-го года 282 случай Если прибавить къ нимъ 13 случаевъ изъ Томской госпитальной клиники, то получится всего 295 случая. Изъ нихъ съ косымъ распиломъ—108, съ горизонтальнымъ—21 и вертикальнымъ продольнымъ—2. Функціональный исходъ извѣстенъ въ 188 случаяхъ (основного типа, 78—съ косымъ распиломъ—88, горизонтальнымъ—21 и продольно-вертикальнымъ—1). Во всѣхъ этихъ случаяхъ безъ исключенія исходъ былъ хорошъ. Больные частью съ протезами, а большею частью безъ нихъ, хорошо пользовались своими культями.

Изъ 186 случаевъ, собранныхъ Schede до 1874-го года, осталось въ живыхъ 164 больн.; если отнять 10 случаевъ возврата болѣзни и 2 неполнаго заживленія, то останется 152 случая, изъ которыхъ негодная культя (вслѣдствіи болѣзненности) встрѣтилась 1 разъ (0, 65%).

Эти цифры ясно указываютъ, что возраженія, приводившіяся въ свое время противъ костно-пластическихъ ампутацій разсматриваемаго типа, оказались неосновательными.

Основной типъ имѣетъ то преимущество передъ другими, что при немъ возвратъ туберкулеза бываетъ сравнительно рѣдко, не смотря на то, что пяточная кость заболѣваетъ туберкулезомъ часто. По статистикѣ проф. Тихова, на 839 случаевъ пораженія костей задняго отдѣла стопы, calaneus былъ пораженъ 137 разъ (18%), по тому же автору, на 1310 случаевъ пораженія отдѣльныхъ костей стопы пяточная кость была поражена 332 раза (25%).

По Schede, это обстоятельство имѣетъ причиной тотъ фактъ, что задняя часть пяточной кости почти безъ исключенiя остается здоровой даже тогда, когда весь остальной корень стопы пораженъ туберкулезомъ. Случающiеся изрѣдка рецидивы, по мнѣнiю Schede, обязаны своимъ происхожденiемъ не какимъ либо особымъ условiямъ метода, а плохой конституцiи больныхъ (скрофулезной или туберкулезной), а ампутацiонная культя со своимъ нарушеннымъ кругомъ кровообращенiя представляетъ просто locus minoris resistentiae.

По Hahn'у изъ 87 случаевъ пораженiя туберкулезомъ пяточной кости, тѣло ея было поражено 56 разъ, переднiй отрѣзокъ 14 и 7 разъ наблюдалось разрушенiе всей кости; изъ первыхъ 56 случаевъ заднiй бугоръ былъ пораженъ въ 10-ти; въ 42-хъ передне-нижняя часть съ вскрытiемъ на лятеральную сторону и въ 2-хъ верхняя часть съ вскрытiемъ на медiальную сторону.

Finnoti на 40 случаевъ находилъ пораженной чаще переднюю часть calcanei съ вскрытiемъ на наружную сторону; медiальная сторона была поражена въ 3-хъ случаяхъ и задняя часть всего въ 2-хъ.

Изъ 164 случаевъ, собранныхъ Schede, гдѣ больные остались въ живыхъ, всего въ 3-хъ по причинѣ возврата туберкулеза отрѣзокъ пяточной кости былъ дополнительно вылущенъ и Пироговская культя превращена въ Syme'овскую, кромѣ того въ 7-ми была сдѣлана послѣдующая ампутацiя голени.

Въ статистикѣ Reimer'а изъ 87 случаевъ Пироговской ампутацiи 25 больныхъ снова явились для изслѣдованiя черезъ болѣе или менѣе продолжительные сроки, 19 изъ этихъ 25 были ампутированы по поводу туберкулеза. Возврата не было ни у кого.

Среди найденныхъ нами случаевъ ампутацiи Пирогова по поводу туберкулеза эта операцiя была сдѣлана 80 разъ; изъ нихъ возвратъ болѣзни отмѣченъ только въ одномъ (0,8%). Справедливость требуетъ отмѣтить, что часть больныхъ находилась подъ наблюденiемъ слишкомъ короткiй срокъ, чтобы можно было говорить о полномъ излѣченiи отъ туберкулеза.

Относительно времени необходимаго для выздоровленiя, включая въ таковое не только заживленiе раны, но и срощенiе костей, можно сказать, что на 69 случаевъ, гдѣ этотъ срокъ извѣстенъ, онъ въ среднемъ равнялся 51 дню.

Но при всѣхъ своихъ достоинствахъ, культя Пироговскаго типа имѣетъ важные недостатки; во первыхъ она неподвижна и съ этой точки зрѣнія напоминаетъ простѣйшій протезъ голени— „деревяшку“. Благодаря отсутствію на концѣ ноги подвижного шарнира, культя не можетъ отслаиваться отъ почвы постепенно и больной, принужденный поднимать всю конечность сразу, сгибая ее въ колѣнѣ, хромаетъ и утомляется. Природа иногда приходитъ на помощь этому обстоятельству и отрѣзокъ пяточной кости остается подвижнымъ, соединеннымъ ложнымъ суставомъ съ голенью. Прежніе авторы и даже Schede считали необходимымъ непремѣнно добиваться неподвижнаго сращенія отрѣзка пяточной кости съ голенью, между тѣмъ случаи Пирогова, Gallazi и др., а также нашъ случай съ ложнымъ суставомъ, указываютъ, что эта подвижность не мѣшаетъ функціи. Въ нашемъ случаѣ наоборотъ она ей благопріятствуетъ. Не смотря на небольшую подвижность культи въ нашемъ случаѣ (подошвенное сгибаніе—2,5^0, тыльное—3^0), культя получила способность до извѣстной степени перекатываться съ задняго конца на передній и постепенно отслаиваться отъ земли при ходьбѣ.

Вторымъ важнымъ недостаткомъ ампутацій Пироговскаго типа, въ особенности при примѣненіи ихъ у дѣтей, является необходимость удалять суставной конецъ костей голени. Это обстоятельство не можетъ остаться безразличнымъ для роста конечности. Конечность ампутированнаго въ дѣтствѣ больного можетъ оказаться гораздо короче, чѣмъ здоровая нога.

Описываемые недостатки вызвали къ жизни вторую категорію модификацій Пироговскаго метода, имѣющихъ цѣлью сдѣлать костнопластическую культю въ этомъ смыслѣ вполнѣ удовлетворительной.

Основнымъ отличіемъ этихъ модификацій является сохраненіе при нихъ межлодыжковой ниши голени. Отрѣзокъ пяточной кости, отпиленный въ извѣстномъ направленіи, вставляется межъ лодыжекъ, обусловливая подвижность культи въ передне заднемъ направленіи.

Американскій врачъ Isaak Quimby первымъ произведшій эту операцію, употребилъ въ этомъ смыслѣ Пироговскій отрѣзокъ пяточной кости, который онъ повернулъ и вставилъ въ межлодыжковую нишу голени. Функціональный исходъ былъ хорошъ.

Этотъ способъ въ послѣдующее время не нашелъ себѣ послѣдователей. Позднѣйшіе авторы модифицировали въ этомъ смыслѣ

главнымъ образомъ способъ Pasquier-Le Fort'a и Таубера, какъ это сдѣлали Разумовскiй, Тиховъ, Iозефовичъ и др.

Разумовскiй, исходя изъ приведенныхъ выше соображенiй, первый въ Россiи примѣнилъ этотъ способъ, видоизмѣнивъ въ этомъ смыслѣ операцiю Таубера. Въ одномъ случаѣ симметрическаго омертвѣнiя на почвѣ ослабленнаго питанiя организма у ребенка 8-ми лѣтъ онъ вставилъ Тауберовскiй внутренне-продольный отрѣзокъ пяточной кости въ неизмѣненную нишу голени съ тѣмъ, чтобы образовать ложный суставъ между голенью и отрѣзкомъ пяточной кости. Часть Ахилл. сухожилiя осталась на пяточной кости. Вставленный въ межлодыжковую нишу, кусокъ пяточной кости держался хорошо. Лодыжки мѣшали ему смѣщаться въ стороны, а Ахиллово сухожилiе—кпереди. Чтобы помѣшать до нѣкоторой степени его смѣщенiю и кзади, тыльныя сухожилiя были сшиты съ подошвеннымъ лоскутомъ у передняго края отрѣзка пяточной кости. При изслѣдованiи культи оказывается, что кусокъ пяточной кости, вставленный въ нишу межъ лодыжками, мальчикъ можетъ произвольно смѣщать, поочередно приподымая то переднiй, то заднiй его конецъ. Размѣры движенiй правда довольно ограничены, тѣмъ не менѣе облегчаютъ мальчику актъ ходьбы. Функцiональный исходъ блестящъ. Случай прослѣженъ очень долго.

Въ имѣющемся въ нашемъ распоряженiи случаѣ Томской госпитальной клиники, гдѣ была произведена по поводу туберкулеза стопы такая же операцiя по Разумовскому, получилась превосходная культя съ подвижной, прекрасно подбитой основой. Площадь слѣда по оттиску равна 32 кв. сант. Размахъ движенiй культи (подошвенное сгибанiе—6°, тыльное—5°) былъ равенъ таковому же культи Malgaigne'я. Культя обѣщала прекрасный функцiональный результатъ, но къ сожалѣнiю рецидивъ туберкулеза, а главное истощенiе больной принудили отнять конечность въ нижней трети голени.

На распилѣ замороженной культи (рис. № 25) ясно видно соединенiе голени съ отрѣзкомъ пяточной кости при посредствѣ рыхлой фиброзной ткани, легко допускающей его движенiя. Ахиллово сухожилiе прикрѣпляется къ нему сзади. Сухожилiя разгибателей срослись спереди съ рубцомъ. Отрѣзокъ пяточной кости находится въ межлодыжковой нишѣ, при чемъ онъ слегка отодвинутъ кзади, укороченiе оперированной конечности равнялось 3 сант.

Въ 3-мъ случаѣ (Тихова) ампутаціи по Разумовскому дѣлу шло о мужчинѣ 29-ти лѣтъ съ обмороженіемъ всѣхъ 4-хъ конечностей. На лѣвой стопѣ была произведена описываемая ампутація съ той разницей, что межлодыжковая ниша была углублена долотомъ и пилой и отрѣзокъ пяточной кости приросъ неподвижно. Наблюденіе это не было доведено до конца.



Рис. № 25.

Юзефовичъ и Зильбербергъ примѣнили принципъ Разумовскаго при ампутаціи по Le Fort'у. Оба ихъ случая дали прекрасный функціональный результатъ. Въ 1-мъ случаѣ дѣло шло о 27-ми лѣтнемъ мужчинѣ съ сифилисомъ стопы, во 2-мъ—о 58-лѣтнемъ мужчинѣ съ размозженіемъ стопы, въ обоихъ случаяхъ послѣдовало гладкое выздоровленіе. Больные пользовались культями.

Менѣе удачно предложеніе Samphirescu, который Le Fort'овскій отрѣзокъ пяточной кости вставилъ въ межлодыжковую нишу голени, соскобливъ съ нея предварительно суставный хрящъ. Этотъ способъ сохраняетъ почти вполнѣ весь эпифизъ голени, но онъ даетъ неподвижную культю. Всего, слѣдовательно, извѣстно 6 случаевъ вышеупомянутой категоріи модификацій Пироговской операціи. Одинъ изъ нихъ окончился вторичной ампутаціей голени по причинѣ рецидива туберкулеза, въ одномъ изслѣдованіе не доведено до конца, остальные 4 дали хорошіе результаты.

Остается упомянуть о 3-й категоріи модификацій ампутацій Пироговскаго типа, въ которыхъ эта операція соединена съ подтараннымъ вылущеніемъ. Модификація эта впервые была предложена самимъ Пироговымъ и выполнена Hancock'омъ. Въ этомъ случаѣ задній бугоръ пяточной кости, отпиленный по Пирогову, былъ повернутъ и приставленъ къ освѣженной нижней поверхности таранной кости.

Этотъ способъ не нашелъ себѣ подражателей. Одинъ только разъ Кранцфельдъ, какъ было выше упомянуто, примѣнилъ по-

добный же способъ съ успѣхомъ, но вмѣсто Пироговскаго отрѣзка пяточной кости, онъ приставилъ къ таранной Le Fort'овскій, образовавъ костное сращеніе вмѣсто сустава между пяточной и таранной костью. Такимъ образомъ этотъ способъ является уже близкимъ къ Chopart'овской ампутаціи и, подобно способу Вреденъ-Ricard'а, является переходнымъ звеномъ между костно-пластической ампутаціей стопы и ампутаціей Chopart'а.

Разсматривая всѣ выше описанныя культи, мы можемъ въ началѣ этого ряда поставить культю основнаго Пироговскаго метода, а въ концѣ усовершенствованную культю Разумовскаго, Юзефовича и др.

Разсуждая теоретически, культѣ 2-го типа слѣдуетъ отдать преимущество, такъ какъ она подвижна и при ней росту костей не грозитъ никакого ущерба, тѣмъ не менѣе основной Пироговскій методъ примѣняется неизмѣримо чаще и не потому, чтобы другіе способы были мало извѣстны.

Пироговская операція, какъ и всякое геніальное открытіе, при своей простотѣ, охватила главныя показанія къ операціи и этимъ оставила за собой самую обширную область примѣненія. При ней лоскутъ изъ мягкихъ и костныхъ частей очень малъ и состоитъ изъ легче всего сохраняющейся части стопы, тогда какъ другія культи требуютъ больше мягкихъ частей и ихъ костный остовъ состоитъ изъ легко поражаемыхъ болѣзненными процессами костей и поэтому область ихъ примѣненія ограничивается отдѣльными, иногда рѣдкими, случаями.

Позднѣйшая эпоха выработала для операціи Пирогова еще новое показаніе. Если выше мы видѣли, что ампутація Chopart'а съ успѣхомъ примѣнялась для прикрытія язвъ передней поверхности голени и съ этой же цѣлью примѣнялась ампутація стопы по Syme'у, то конечно гораздо лучше примѣнить въ этомъ смыслѣ ампутацію по Пирогову, которая даетъ свободный лоскутъ изъ мягкихъ частей на 10 сант. длинѣе, чѣмъ Chopart'овская, а если принять во вниманіе укороченіе конечности въ $2^1/_2$ сант. при Пироговской ампутаціи, то, благодаря этому методу, является возможнымъ прикрыть дефектъ покрововъ передней части голени въ $12^1/_2$ сант. длиною, считая отъ линіи голеностопнаго сустава.

Передъ ампутаціей Syme'а, въ этомъ смыслѣ Пироговская ампутація имѣетъ очевидное преимущество. Питаніе лоскута прекрас-

но совершается черезъ оставшуюся невредимой пяточную часть культи, тогда какъ при операціи Syme'а лоскуту грозитъ омертвѣніе, что и имѣло мѣсто въ случаѣ Baracz'а, приводимомъ въ послѣдующемъ изложеніи. Описываемый видъ костнопластическихъ ампутацій называемый остео-дермо-пластическимъ, не особенно сложнѣе обычной Пироговской; по авторамъ, съ успѣхомъ примѣнившимъ его (Bydygier, Матвѣевъ и др.) онъ отличается отъ обычнаго только тѣмъ, что подошвенный лоскутъ выкраивается разрѣзомъ не ввидѣ стремени, а во всю длину подошвы и идетъ на прикрытіе дефекта. Въ случаѣ пр. Тихова явилась возможность, благодаря этому способу, прикрыть язву голени длиной въ 10 сант., шириной въ 6 (рис. № 26). Всего съ указанной цѣлью операція Пирогова была произведена 4 раза (Rydygier'омъ, Матвѣевымъ, Склифосовскимъ и Тиховымъ). Во всѣхъ 4 случаяхъ исходъ получился прекрасный, что даетъ полное право примѣнять эту операцію въ соотвѣтственныхъ случаяхъ.



Рис. № 26.

Въ заключеніе привожу исторіи болѣзней нашихъ случаевъ.

1) См. случай № 1 въ 7 гл. (рис. №№ 18 и 24).

2) См. № 2 въ гл. 5 (рис. №№ 6 и 23).

3) Т. 40 лѣтъ доставленъ безъ пульса съ гангреной передней части правой стопы и праваго колѣна; кромѣ того на передней сторонѣ голени находится язва въ 10×6 сант. На стопѣ сдѣлана ампутація по Пирогову, при чемъ подошвенный лоскутъ, выкроенный во всю длину подошвы, пошелъ на прикрытіе язвы голени. Не смотря на слабость, больной быстро поправился. Лоскутъ хорошо прижилъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи получилась небольшая контрактура колѣна, устраненная подъ наркозомъ. Ходитъ хорошо, не хромая. Язва голени зажила (рис. № 26).

4) К. Среднихъ лѣтъ мужчина. Доставленъ съ осложеннымъ оскольчатымъ переломомъ нижняго конца голени. Ввиду цѣлости задняго отдѣла пятки, произведена ампутацiя стопы по Пирогову. Больной ходитъ, хорошо опираясь на культю, почти не хромая.

5) Х. 42 лѣтъ мужчина. Доставленъ съ размозженiемъ передняго и средняго отдѣла стопы. Ампутацiя стопы по Пирогову. Гладкое выздоровленiе. Ходитъ свободно, опираясь на культю, почти не хромая.

6) П. Мужчина 55лѣтъ. Старческое омертвѣнiе. На правой стопѣ ампутацiя по Пирогову. Гладкое выздоровленiе. Хорошая функцiя.

ГЛАВА IX.

Amputatio tarsi osteoplastica.

(Операція Владимирова—Mikulicz'a).

Операція Владимирова—Mikulicz'a относится къ такой категоріи остеопластическихъ ампутацій Пироговскаго типа, при которой лоскутъ, прикрывающій распилъ голени, берется изъ стопы, причемъ для этой цѣли служитъ не пяточная часть, а весь передній отдѣлъ.

Важнымъ преимуществомъ этой операціи является то, что при ней могутъ быть изъяты на обширномъ протяженіи заболѣвшія кости пятки вмѣстѣ съ голеностопнымъ суставомъ, а если нужно, то и съ покровами; въ особенности это обстоятельство важно при злокачественныхъ новобразованіяхъ пятки и при обширномъ туберкулезномъ пораженіи стопы, такъ какъ операція Владимирова—Mikulicz'a даетъ большой просторъ для удаленія всѣхъ пораженныхъ частей, а корень стопы вмѣстѣ съ голеностопнымъ суставомъ является однимъ изъ наиболѣе поражаемыхъ бугорчаткой мѣстъ стопы.

Мною найдено въ литературѣ за все время существованія метода 133 случая примѣненія этой операціи и различныхъ ея модификацій (Владимировъ, Савостицкій, Mikulicz—5 случ., Lauenstein—2 случ., Reussen, Haberern, Schattauer—2 случ., Монастырскій—2 случ., Roser, Kümmel—5 случ., Склифосовскій—5 случ., Домбровскій, Socin, Röhmer, v. Wahl—2 случ., Niehans, Gutsch, Sordina—2 случ., Fenger, Fischer—2 случ., Буцъ—2 случ., Zoege v. Manteuffel, Angerer—4 случ., Anders, Helferich—2 случ., Hopkins, Mac-Ewen, Mac Cormac—2 случ., Caselli, Rose—3 случ., Kocher, Bruns—4 случ., Coëlho, Lammert, Köhler, Janicke, Jaboulay et Laguaite, Smith, Gross, Kreiski, Morisani—2 случ., Von de Ruyter. Giommi —2 случ., Bufalini—2 случ., Kummer, Berger, Usiglio, Chaput, Сарычевъ—2 случ., Samter, Rydygier, Сабанѣевъ, Niché, Korgeniowski, Kraewski—5 случ., Trzebiezki, Montenowesi—6 случ., Michaux, Gellé, Войничъ-Сяпоженскій, Богаевскій, Трофимовъ, Фила-

товъ, Спасокукоцкiй—2 случ., Lotheissen, Hacker, Müller, Каблуковъ, D'Este, Spengler—2 случ., Венгловскiй, Напалковъ, Дьяксновъ—9 случ., Алексинскiй, Kausch, Gabriczewski—6 случ.). Если къ этому числу прибавить 8 случаевъ, имѣюшихся въ нашемъ распоряженiи, то получится всего 141 случай.

Изъ этого числа, операцiя Владимирова-Mikulicz'a была сдѣлана по поводу туберкулеза костей стопы 92 раза на 135 случаевъ, въ которыхъ дiагнозъ извѣстенъ. Первые два случая были сдѣланы по поводу туберкулеза, но послѣдующее время быстро расширило показанiя къ этой операцiи: 9 разъ она была сдѣлана изъ за злокачественнаго новообразованiя пятки, 11 разъ—изъ за разможженiя задней части стопы, 4 раза—изъ за перелома голени, 2 раза—изъ за простой язвы, 2 раза—изъ за сифилитической, 2 раза—по поводу хроническаго остео-мiэлита костей пятки и, наконецъ, 13 разъ эта операцiя была произведена съ ортопедической цѣлью, чтобы удлинить укороченную конечность или фиксировать параличную лошадиную стопу въ ея положенiи.

Такое разнообразiе показанiй, а главное ортопедическое ея примѣненiе, помимо всего прочаго, выгодно выдѣляютъ эту операцiю въ ряду другихъ ей подобныхъ.

Уже большое количество описанныхъ въ послѣднее время случаевъ указываетъ на то, что эта операцiя интересуетъ собой хирурговъ, и ея методика находится еще въ процессѣ развитiя.

Между первоначальнымъ ея выполненiемъ по типу Владимирова или Mikulicz'a и послѣдующими модификацiями имѣется существенная разница, обязанная своимъ происхожденiемъ постепенно нароставшему опыту. По Владимирову, методика операцiи сводится къ слѣдующему: первый разрѣзъ проводится отъ точки надъ бугоркомъ ладьевидной кости черезъ подошву до точки, отстоящей на поперечный палецъ отъ бугорка 5 метатарзальной кости; отъ концовъ этого разрѣза идутъ 2 другiе длиною въ 13 сант. вверхъ черезъ середину лодыжекъ по боковымъ поверхностямъ голени. Затѣмъ снизу вскрывается сочлененiе Chopart'a, отдѣляются всѣ мягкiя части переходной поверхности стопы и голени, ограниченныя боковыми разрѣзами до верхняго конца послѣднихъ. Затѣмъ поперечнымъ сѣченiемъ черезъ заднюю окружность голени соединяются верхнiе концы боковыхъ разрѣзовъ. Отсепаровавши нѣсколько кверху мягкiя части, перепиливаютъ кости голени и приставляютъ къ ихъ распилу переднюю

часть стопы, сбивши придварительно долотомъ хрящъ съ заднихъ поверхностей кубовидной и ладьевидной костей. По Mikulicz'y, особенности операціи сводятся къ тому, что сначала вскрывался голеностопный суставъ, а затѣмъ суставъ Chopart'a, а кромѣ того М. заботился о пригибаніи пальцевъ къ тылу подъ прямымъ угломъ къ голени, чтобы культя опиралась на головки плюсневыхъ костей. Понятно, что при этой операціи перерѣзался сосудисто-нервный задній больше-берцовый пучекъ и питаніе культи совершалось исключительно черезъ тыльную артерію стопы.

Опасныя послѣдствія этого обстоятельства не замедлили сказаться.

Въ 1884 году Монастырскій во время операціи поранилъ тыльную артерію стопы и принужденъ былъ ампутировать всю стопу. Черезъ годъ Sordina, повидимому, отъ той же причины получилъ гангрену стопы у оперированнаго имъ больного. Въ 2-мъ случаѣ онъ расположилъ разрѣзъ такъ, чтобы въ изсѣкаемую часть была захвачена главнымъ образомъ наружная сторона пятки и задняя больше-берцовая артерія была бы пощажена. Gabriczewski также сообщаетъ о 2-хъ случаяхъ гангрены стопы изъ Краковской клиники при этой операціи; такой же случай описанъ и Сарычевымъ. Надо думать, что въ этихъ случаяхъ появленіе гангрены связано съ судьбой артерій, питающихъ стопу.

Что касается задняго большеберцоваго нерва, то разстройство его дѣятельности, являющееся въ результатѣ его перерѣзки, заставило также принимать мѣры къ его сохраненію. Roser въ 1886-омъ году сдѣлалъ операцію по обычному способу, но, выдѣливъ предварительно нервъ и, резецировавъ его, онъ сшилъ концы отрѣзковъ. Результатъ въ смыслѣ возобновленія дѣятельности нерва былъ хорошъ, но большого распространенія эта модификація не получила въ виду того, что и безъ сшиванія нерва разстройства, наступающія въ его дѣятельности, особаго значенія для функціи стопы не имѣютъ. Эта модификація повторена 2 раза (Hopkins, Hacker), кромѣ того въ одномъ случаѣ (Müller) нервъ былъ отсепарованъ, но не резецированъ, а просто уложенъ вдоль раны. Результатъ послѣдовалъ удовлетворительный.

Но главнымъ образомъ вниманіе большинства авторовъ было направлено на то, чтобы пощадить весь задній больше-берцовый сосудисто-нервный пучекъ путемъ измѣненія разрѣза. Такое измѣненіе было предложено хирургами Kraewski и Korgeniowski.

По послѣднему, разрѣзъ начинается отъ основанія наружной лодыжки и идетъ назадъ къ медіальному краю Ахиллова сухожилія; отъ начала этого разрѣза идетъ другой до бугра ладьевидной кости; 3-й разрѣзъ идетъ отъ конца перваго разрѣза до бугра 5-ой плюсневой кости и 4-ый соединяетъ концы 2-хъ послѣднихъ разрѣзовъ. Изъ тѣхъ же соображеній произвели эту операцію въ томъ же направленіи Jaboulay и Lotheissen, Bruns и др. Алексинскій произвелъ удаленіе костей черезъ окошко вырѣзанное на наружной сторонѣ стопы. Дальнѣйшія модификаціи Kocher'a, Kummer'a, Berger, Ollier и др. преображаютъ все больше и больше операцію B.-M. изъ костнопластической ампутаціи въ резекцію задней части стопы черезъ линейный разрѣзъ. Помимо заботы о сосудахъ, разрѣзъ мягкихъ частей измѣнялся различнымъ образомъ и для другихъ цѣлей. Zoege v. Manteuffel и за нимъ Anders, желая оставить въ культѣ кожу пятки и нижнюю часть пяточной кости, измѣнилъ типичный разрѣзъ B.-M., проведя вмѣсто стремевиднаго разрѣза шпоровидный вокругъ пятки. Нижнюю часть пяточной кости онъ оставилъ въ лоскутѣ, приложивъ ее вмѣстѣ съ мягкими частями пятки къ задней поверхности голени.

Mikulicz и Дьяконовъ, первый при язвѣ задней поверхности голени, а второй при туберкулезномъ пораженіи стопы, затронувшемъ заднюю часть голени, оставили въ лоскутѣ всѣ мягкія части подошвенной части пятки, которыми и былъ прикрытъ дефектъ задней части голени.

Въ случаяхъ Mikulicz'a и Samter'a, въ которыхъ операція была предпринята съ ортопедической цѣлью, для возможно-большаго сохраненія костяка стопы, распилъ былъ произведенъ черезъ пяточную и таранную кость и соотвѣтственно этому, разрѣзъ мягкихъ частей на подошвѣ отодвинутъ кзади.

Наконецъ проф. Тиховъ, преслѣдуя цѣли ортопедическаго характера и стремясь къ широкому соприкосновенію спиленныхъ отрѣзковъ костяка, при возможно меньшей затратѣ здоровой кости, соединилъ въ первомъ случаѣ шпоровидный разрѣзъ съ разрѣзомъ Jaboulay и Laguaite, а во второмъ еще болѣе упростилъ операцію, примѣнивъ линейный разрѣзъ, проходящій шпоровидно вокругъ пятки и заканчивающійся на наружной сторонѣ стопы у бугорка 5-ой плюсневой кости.

Распилъ костей голени и передней части стопы производился на различномъ уровнѣ, смотря по пораженію. Изъ всего числа 92-хъ случаевъ, гдѣ уровень распила передней стопы извѣстенъ, онъ былъ произведенъ черезъ таранную и пяточную кость 6 разъ, типически черезъ ладьевидную и кубовидную—71 разъ, черезъ клиновидныя и кубовидную 4 раза и черезъ клиновидныя и основанія плюсневыхъ—11 разъ; распилъ же голени колебался, смотря по надобности, отъ 0, 5 сант. (случай Дьяконова) до 7 сант. (случаи Gutsch'a, Helferich'a). Самая форма распила костей и соединенія костныхъ поверхностей тоже подвергалась значительнымъ измѣненіямъ. Склифосовскій, желая увеличить площадь опоры стопы, произвелъ при операціи В.-М. косвенный распилъ стопы и голени.

Далѣе слѣдуютъ попытки ряда хирурговъ при изсѣченіи задней части стопы поставить переднюю ея часть подъ прямымъ угломъ къ голени для того, чтобы культя болѣе походила на нармальную стопу. Kümmel произвелъ такую операцію въ 3-хъ случаяхъ, причемъ въ 2-хъ разрѣзы были произведены съ боковъ, какъ при резекціи съ удлиненіемъ къ подошвѣ, въ 3-мъ же разрѣзъ произведенъ по Hüter'у черезъ тылъ стопы съ перерѣзкой разгибателей. Послѣднему способу онъ отдаетъ предпочтеніе, такъ какъ при немъ широко раскрывается суставъ и есть возможность изсѣчь часть кожи, чтобы избѣжать образованія на сгибѣ складки изъ мягкихъ частей. Кости стопы и голени были выпилены уступомъ.

Negretto рекомендуетъ помѣщать распилъ голени не сзади отрѣзка стопы, а на него, освѣживъ для этой цѣли верхнюю поверхность клиновидныхъ костей. Разрѣзы онъ проводитъ отъ концовъ 1-ой и 5-ой плюсневыхъ кзади и кверху. Въ послѣднихъ случаяхъ операція приближается уже къ tarsectomia posterior.

Сабанѣевъ изъ тѣхъ же побужденій и кромѣ того желая сохранить голеностопный суставъ, предложилъ свой способъ подтараннаго остео-пластическаго вылущенія стопы, представляющій соединеніе операціи В.-М. съ подтараннымъ вылущеніемъ. Онъ произвелъ эту операцію на больномъ съ отрывомъ мягкихъ частей пятки, оставившемъ по заживленіи язву съ рубцовыми краями. Разрѣзъ проводится поперечно по задней поверхности пятки, на уровнѣ прикрѣпленія Ахиллова сухожилія; концы этого разрѣза находятся на поперечный палецъ ниже верхушки внут-

ренней лодыжки. Дальнѣйшiе разрѣзы идутъ отъ концовъ предъидущаго и оканчиваются снаружи за 2 пальца до бугорка 5 плюсневой и снутри у основанiя 1-ой плюсневой, и оба эти разрѣза соединяются 4-мъ, который проходитъ стрѣмевидно по подошвѣ. Затѣмъ перепиливаютъ сочленовную выпуклую верхнюю поверхность пяточной кости и, оттянувъ пяточную кость, перепиливаютъ сзади напередъ и снизу вверхъ шейку таранной кости. По отдѣленiи мягкихъ частей тыла стопы перепиливаютъ плюсневой сводъ поперекъ на уровнѣ предплюсневого сустава при чемъ распилу даютъ косое направленiе. Пластинку пяточной кости удаляютъ пинцетомъ. Конечность получается также стоящей къ голени подъ прямымъ угломъ.

Остается упомянуть про способъ Kausch'a, который при резекцiи большого куска костей голени, приставилъ къ ихъ распилу стопу заднею поверхностью пяточной кости, отпиливъ отъ нея поперекъ пластинку.

Методика случаевъ операцiи В.-М., предпринятыхъ съ ортопедической цѣлью представляетъ оператору гораздо большiй просторъ дѣйствiй, такъ какъ онъ не связанъ болѣзненными очагами и имѣетъ дѣло съ здоровой тканью; тѣмъ не менѣе и первые случаи и нѣкоторые случаи въ послѣдующее время такого примѣненiя операцiи были произведены типическимъ путемъ; таковы были случаи Bruns'a, Rydygier'a, Lotheissen'a, Дьяконова и др. Однако такая трата здоровой ткани не рацiональна, такъ какъ вмѣшательство ввидѣ операцiи В.-М. предпринимается въ большинствѣ случаевъ въ цѣляхъ исправленiя значительнаго укороченiя конечности.

При типической операцiи В.-М. непроизводительно удаляется очень большой участокъ стопы и мы видимъ, что напр. въ случаѣ Bruns'a, гдѣ операцiя съ ортопедической цѣлью была произведена по типическому способу, оперированная конечность осталась короче на 1,5 сант., а въ случаѣ Дьяконова при подобныхъ же обстоятельствахъ—на 5 сант. Этотъ недостатокъ могъ бы быть устраненъ, если бы распилъ костей стопы производился болѣе кзади.

Такiя соображенiя и заставили Miculicz'a предложить для ортопедическихъ цѣлей, когда требуется возможно болѣе удлинить конечность, производить распилъ костей черезъ пяточную и таранную. Операцiя эта, по Samter'y, состоитъ изъ 5-ти актовъ.

1) Поперечный разрѣзъ по задней окружности голени, заканчивающійся тотчасъ же подлѣ концовъ лодыжекъ; отъ концовъ разрѣза—перпендикулярный стрѣмевидный разрѣзъ черезъ пятку (оба разрѣза до кости).

2) Отпиливаніе пяточной кости по линіи разрѣза мягкихъ частей.

3) Отдѣленіе боковыхъ связокъ для болѣе полнаго вывиха блока таранной кости.

4) Отпиливаніе таранной кости по продолженію распила пяточной.

5) Отпиливаніе блока таранной кости и т. д. Эта модификація даетъ гораздо большее удлиненіе конечности, чѣмъ типическая операція. Но при всѣхъ этихъ способахъ удаляется часть эпифиза голени, обстоятельство далеко не безразличное для роста конечностей.

Въ нашемъ случаѣ № 2 послѣ операціи конечности получились одинаковой длины, но черезъ 9 мѣсяцевъ оперированная конечность оказалась короче здоровой на $1\frac{1}{2}$ сант.

Исходя изъ этихъ соображеній, а также для того, чтобы образовать возможно большую поверхность соприкосновенія костныхъ распиловъ, проф. Тиховъ произвелъ въ 3-хъ случаяхъ *), въ цѣляхъ удлиненія укороченной конечности, операцію В.-М. въ собственной модификаціи, въ которой распилъ задней части пяточной и таранной костей вставляется въ межлодыжковую нишу, лишенную хряща. Въ краткихъ чертахъ операція состояла въ слѣдующемъ. Разрѣзъ линейный ведется отъ внутренняго края пяточнаго бугра шпоровидно вокругъ пятки и продолжается мимо нижняго края наружной лодыжки пальца на 2 впередъ отъ передняго края этой лодыжки. Лоскутъ съ надкостницей верхней части пяточнаго бугра поднимается кверху и обнаженный пяточный бугоръ надпиливается горизонтально сзади напередъ съ легкимъ наклономъ книзу до линіи, представляющей продолженіе задняго края наружной лодыжки; вторымъ распиломъ, идущимъ кверху подъ прямымъ угломъ къ первому вплоть до таранной кости, изъ верхней части пяточнаго бугра выпиливается клинъ, основаніемъ обращенный кверху и кзади. Затѣмъ входятъ сзади

*) Кромѣ этихъ 3-хъ случаевъ, давшихъ хорошій функціональный результатъ, въ настоящее время въ моемъ распоряженіи имѣется еще 2 такихъ же случая, которые увѣнчались также прекраснымъ исходомъ въ смыслѣ функціи.

въ голеностопный суставъ и снутри кнаружи перерѣзаютъ боковыя связки; стопа сильно пригибается къ передней поверхности голени. Затѣмъ таранная кость спиливается вертикально по продолженiю 2-й части распила пяточной кости. Долотомъ сбивается хрящевая поверхность ролика таранной кости и суставной межлодыжковой ниши, освѣжается задняя поверхность голени, и стопа легко приводится въ положенiе искусственной лошадиной. Нижняя пластинка задней части пяточной кости прилежитъ къ освѣженной задней поверхности голени.

Нѣкоторый наклонъ книзу перваго распила пяточной кости обусловливаетъ болѣе совершенное прилеганiе отрѣзка пяточной кости къ задней части голени, выпуклой книзу. Такой распилъ, вопервыхъ, образуетъ широкое костное соприкосновенiе костей голени со стопой и даетъ гораздо больше гарантiи за прочный анкилозъ, затѣмъ не нарушаетъ роста кости, оставляя въ неприкосновенности эпифизы костей голени, кромѣ того удлиненiе конечности при немъ достигаетъ своего maximum'а

Конечно, этотъ способъ примѣнимъ и въ тѣхъ случаяхъ паралитической лошадиной стопы, гдѣ дѣло идетъ о фиксацiи имѣющагося положенiя стопы, потому что въ такихъ случаяхъ всегда есть атрофiя конечности и значительное ея укороченiе.

Разсматривая весь этотъ рядъ способовъ въ ихъ послѣдовательной преемственности, въ началѣ ряда мы можемъ поставить типическiй способъ Владимирова-Mikulic'а, представляющiй костнопластическую ампутацiю стопы, а въ концѣ модификацiю Тихова, представляющую собственно частичную резекцiю пятки съ послѣдующимъ артродезомъ голеностопнаго сустава, фиксирующимъ стопу въ положенiи pes equinus. Мягкiя части при последней операцiи сохраняются вполнѣ и разрѣзъ проводится, какъ и при другихъ резекцiяхъ, линейный. Я нѣсколько подробнѣе остановился на методикѣ модификацiй способа В.-М., чтобы показать, какимъ неизсякаемымъ и богатымъ источникомъ самыхъ разнообразныхъ измѣненiй можетъ быть костнопластическiй принципъ въ дѣлѣ ампутацiи стопы.

Переходя къ оцѣнкѣ функцiональной стороны культи В.-М., мы должны прежде всего отмѣтить, что эта культя стоитъ совершенно особнякомъ въ ряду другихъ культей; лоскутъ при ней представляетъ сложное анатомическое образованiе съ рядомъ приспособленiй, предназначенныхъ самой природой для ходьбы.

Чтобы имѣть возможность систематизировать въ смыслѣ функціональнаго исхода весь матеріалъ, я раздѣлилъ его на 3 группы: 1) случаи съ хорошимъ исходомъ, т. е. такіе, въ которыхъ больные хорошо пользовались конечностью безъ протеза или опоры и совсѣмъ или почти совсѣмъ не хромали. 2) Случаи съ исходомъ посредственнымъ, т. е. такіе, въ которыхъ больные пользовались своей конечностью при помощи опоры или протеза и, наконецъ, 3) случаи, въ которыхъ больные не могли ходить вовсе.

Изъ 120 случаевъ, въ которыхъ исходъ извѣстенъ, 16 по различнымъ причинамъ (возвратъ заболѣванія, гангрена и т. п.) не могли начать пользоваться культей; изъ остальныхъ 104 хорошій исходъ получился въ 49-ти, посредственный—въ 52-хъ и плохой—въ 3-хъ, что составляетъ 2,8%. Изъ этихъ 3-хъ случаевъ неудачными въ настоящемъ смыслѣ слова можно считать 2 случая (Rose и Домбровскаго); въ 1-мъ по настоянію больного пришлось ампутировать голень, и во 2-мъ больной настойчиво просилъ о томъ же; въ 3-мъ случаѣ (Спасокукоцкаго) больной, хотя и не ходилъ, но былъ подъ наблюденіемъ всего два мѣсяца.

Въ число случаевъ съ неизвѣстнымъ исходомъ мы отнесли 2 случая (Bruns'a и Smith'a) Въ первомъ больной уже начиналъ ходить, хотя наступаніе было болѣзненно. Рецидивъ туберкулеза въ колѣнѣ повлекъ за собой ампутацію бедра. Во 2-мъ, не смотря на то, что результатъ былъ хорошъ, больной, недовольный формой ноги, требовалъ вторичной ампутаціи. Изъ 16-ти случаевъ, въ которыхъ больные немогли начать пользоваться культей, въ 9-ти послѣдовалъ возвратъ заболѣванія, прежде чѣмъ больные начали ходить, въ одномъ случаѣ піэмія потребовала ампутаціи голени, въ 4-хъ случаяхъ послѣдовала гангрена стопы и въ одномъ ампутація голени была предпринята тотчасъ же вслѣдствіе пораненія во время операціи тыльной артеріи стопы; въ одномъ случаѣ послѣдовала смерть отъ туберкулеза, прежде чѣмъ больной началъ ходить.

Возвратъ заболѣванія имѣлъ мѣсто въ 22-хъ случаяхъ, изъ нихъ въ 18-ти случаяхъ дѣло шло о туберкулезѣ. Принимая во вниманіе, что всего по поводу туберкулеза эта операція предпринималась 94 раза и результатъ ея изъ этого числа извѣстенъ въ 83-хъ, процентъ возврата при ней туберкулеза будетъ равенъ 21,4. Въ 8 случаяхъ по этой причинѣ пришлось ампутировать голень. Злокачественное новообразованіе рецидивировало 4 раза.

Культя послѣ ампутацiи В.-М. мало похожа на культю послѣ другихъ ампутацiй (рис. № 27). При сравнительно небольшой площади опоры, она представляется высокой и сплюснутой въ передне заднемъ направленiи; кромѣ того линiя сращенiя лоскута стопы съ голенью находится высоко, гораздо выше, чѣмъ при другихъ костно-пластическихъ ампутацiяхъ; изъ этого обстоятельства вытекаетъ то, что для достиженiя наибольшей устойчивости эта культя должна быть болѣе или менѣе неподвижной въ мѣстѣ сращенiя.



Рис. № 27.

Разсматривая отношенiе степени работоспособности культи къ подвижности въ мѣстѣ срошенiя, мы получаемъ слѣдующiя цифры. Полная спайка костей въ мѣстѣ сращенiя имѣла мѣсто въ 48 случаяхъ; изъ нихъ въ 27 исходъ былъ хорошiй, въ 21—посредственный. Не получилось спайки въ 24 случаяхъ; изъ нихъ хорошiй исходъ былъ только въ 2, посредственный—въ 20 и въ 2—плохой; другими словами изъ 24 больныхъ, у которыхъ не произошло костной спайки, только два могли ходить безъ протеза и опоры; остальные 20, которые всетаки могли пользоваться культей, должны были добиваться устойчивости культи искуственными мѣрами, замѣняя костную спайку протезомъ, неподвижной повязкой или опорой. Кромѣ того при болѣе сильной подвижности приходилось даже ампутировать голень, какъ это было въ случаѣ Rose.

Этой особенностью культя В.-М. рѣзко отличается отъ прочихъ культей стопы, которымъ подвижность, хотя бы въ главномъ переднезаднемъ направленiи не только не мѣшаетъ, а наоборотъ способствуетъ отправлять функцiю. А priori можно сказать, что, чѣмъ меньше поверхность соприкосновенiя костей, тѣмъ больше шансовъ получить подвижность въ мѣстѣ сращенiя

или, другими словами, чѣмъ больше распилъ будетъ отстоять къ периферіи и чѣмъ, слѣдовательно, костная поверхность отрѣзка стопы меньше, тѣмъ меньше шансовъ получить анкилозъ. Раздѣлимъ извѣстные въ этомъ отношеніи случаи на 3 группы: 1) съ распиломъ черезъ пяточную и таранную кость 2) съ распиломъ черезъ кубовидную и ладьевидную или клиновидныя кости и 3) съ распиломъ черезъ клиновидныя и плюсневыя или плюсневыя кости.

Къ первой группѣ принадлежитъ 6 случаевъ; во всѣхъ получился прочный анкилозъ (100%); ко второй группѣ—48 случаевъ; прочный анкилозъ получился въ 32 (66,6%) и наконецъ въ третьей группѣ на 8 случаевъ костный анкилозъ получился только въ 1-мъ (12,5%). Эти цыфры ясно указываютъ, что подвижность въ культѣ В.-М., помимо иммобилизаціи и послѣоперaціоннаго ухода зависитъ непосредственно и главнымъ образомъ отъ уровня распила костей стопы.

Изъ нашихъ 8 случаевъ 3 ортопедическихъ дали прочный костный анкилозъ. Рентгеновскіе снимки (рис. № 28) указываютъ темную линію плотнаго костнаго срощенія по всей поверхности костнаго соприкосновенія между распиломъ костей стопы и межлодыжковой нишей голени.

Изъ 5-ти остальныхъ въ 2-хъ обычнаго типа получилось прочное костное срощеніе, въ 3-хъ съ распиломъ костей на уровнѣ клиновидныхъ костей и основаній плюсневыхъ прочнаго анкилоза не получилось.

Рентгеновскіе снимки въ первомъ случаѣ указываютъ темную линію костнаго срощенія; на рис. № 29, изображающемъ Рентгеновскій снимокъ съ культи съ типическимъ распиломъ и прочнымъ анкилозомъ, видно, что, кромѣ темныхъ полосъ сращенія между линіями распила, имѣется еще наростаніе костныхъ массъ съ боковъ изъ оставшейся здѣсь надкостницы. Отсюда видно, какое большое значеніе имѣетъ для полученія неподвижности въ мѣстѣ костной спайки освобожденіе удаляемой части кости отъ надкостницы съ тѣмъ, чтобы оставить послѣднюю въ лоскутѣ.

Въ случаяхъ съ подвижностью въ мѣстѣ спайки, Рентгеновскіе снимки указываютъ ясный просвѣтъ ложнаго сустава. Мелкія кости типической культи В.-М., прилежащія къ распилу, теряютъ въ нѣкоторой степени ясность своихъ очертаній и представляютъ не рѣзко контурированную массу, мѣстами разрѣжен-

ную, безъ рѣзко опредѣленныхъ границъ переходящую въ основанія плюсневыхъ костей. Причины этого, какъ намъ кажется, кроются въ атрофическихъ процессахъ костяка, вызванныхъ ихъ болѣзненнымъ состояніемъ, которое и послужило причиной ампутаціи.



Рис. № 28.



Рис. № 29.

Кромѣ того поперечное сводообразное строеніе костяка стопы въ типической культѣ ясно выражено въ области костей metatarsi. Этотъ сводъ, не смотря на измѣнившіяся условія положенія стопы, не измѣняется. Кромѣ Рентгеновскаго снимка это ясно видно и на рисункѣ ампутированной культи В.-М., приведенномъ въ работѣ Венгловскаго.

Но еще въ большей степени, и продольный, и поперечный сводъ сохраняется въ ортопедическихъ модификаціяхъ съ высокимъ распиломъ. Здѣсь Рентгеновскій снимокъ (рис. № 28) показываетъ почти нормальныя отношенія стопы, поставленной на носокъ. Всѣ суставы передней части стопы, начиная съ суставной линіи Chopart'a, прекрасно сохранились и очертанія костей

совершенно не измѣнены, что легко объясняется здоровымъ состояніемъ стопы въ этихъ случаяхъ.

Разсматривая оттискъ слѣда, образуемаго типическаго культей В.-М. (рис. № 30), можно различить въ немъ 3 отдѣла: задне-внутренній, средній и передне-наружный. Задне-внутренній представляетъ оттискъ части стопы въ области головокъ плюсневыхъ костей; средній представляетъ у 1-го пальца непосредственное продолженіе перваго отдѣла, у 4-хъ же послѣднихъ пальцевъ является пустымъ промежуткомъ и наконецъ 3-й отдѣлъ представляетъ отпечатокъ концовъ всѣхъ 5-ти пальцевъ, расположенныхъ по дугѣ вокругъ перваго отдѣла



Рис. № 30. 1/8 естеств. велич. Рис № 31. 1/8 естеств. велич.

Главною площадью опоры являются головки плюсневыхъ костей и 1-ый палецъ. Сравнивая этотъ слѣдъ со слѣдомъ нормальной стопы, мы видимъ, что и тамъ слѣдъ 1-го пальца часто отпечатывается непосредственнымъ продолженіемъ оттиска головокъ плюсневыхъ костей, но перешеекъ, ведущій отъ главной массы слѣда къ концу 1-го пальца, намѣченъ только слегка; остальные пальцы упираются въ землю также своими концами. Это происходитъ отъ того, что въ нормальной стопѣ 1-й палецъ лежитъ почти всей своей плоскостью параллельно землѣ, остальные же 4 образуютъ сводъ, такъ какъ ихъ первыя фаланги направлены кверху, а послѣднія книзу.

Когда стопа изъ нормальнаго положенія переходитъ въ положеніе лошадиной, то ея конецъ, служащій теперь площадью опоры, плотнѣе прижимается къ землѣ. 1-ый палецъ цѣликомъ ложится на землю, а 4 послѣднихъ тѣснѣе прижимаются концами къ землѣ, располагаясь правильной дугой вокругъ наружно-передняго края слѣда. Главной площадью опоры служатъ головки плюсневыхъ и 1-ый палецъ, 4 остальныхъ служатъ боковыми подпорками для сохраненія равновѣсія тѣла. Нужно при этомъ отмѣтить, что при приведеніи стопы въ состояніе лошадиной или при подыманіи ея на носокъ, площадь, образуемая головкой 1 й плюсневой кости и большимъ пальцемъ больше, чѣмъ таковая же при обычнымъ положеніи стопы. Увеличеніе площади происходитъ на счетъ увеличенія длины стопы.

Причины этого удлиненія по Szymanowski кроются въ слѣдующемъ: между 1-ой фалангой и плюсной находится суставъ типа ginglymo—arthrodia, который даетъ 1-му пальцу свободу движеній; въ другихъ движенія ограничены связочнымъ аппаратомъ. На нижней части головки находится ginglymus, на верхней—arthrodia. Поперечно лежащій валикъ ginglymus представляетъ дугу съ радіусомъ около 5''', а arthrodia въ поперечномъ разрѣзѣ представляетъ дугу съ радіусомъ въ 7''', а въ вертикальномъ разрѣзѣ дугу съ радіусомъ въ 4'''. Головка такимъ образомъ не представляетъ шара для движеній въ arthrodia, а комбинированную форму; горизонтальный разрѣзъ указываетъ дугу въ 70^0 съ радіусомъ въ 7''', а вертикальный дугу въ 103^0 съ радіусомъ въ 4'''. Вогнутость фаланги въ горизонтальномъ разрѣзѣ имѣетъ дугу въ 50^0; слѣдовательно для свободнаго движенія остается въ горизонтальномъ направленіи дуга въ 20^0; вертикальный разрѣзъ фаланги представляетъ дугу въ 80^0, такъ что maximum свободнаго движенія въ вертикальномъ направленіи равенъ 23^0, да роликъ ginglymus прибавляетъ къ этой дугѣ еще 100^0, но связочнымъ аппаратомъ сустава эти движенія ограничены; при наибольшемъ напряженіи мышцъ первый палецъ можетъ двигаться въ вертикальномъ направленіи всего на 90^0.

По Fick'у, при подыманіи на носки подошва удлиняется на 3''', и Szymanowsky думаетъ, что это происходитъ отъ того, что фаланга 1-го пальца сдвигается на arthrodia, а ginglymus остается свободнымъ и увеличиваетъ длину подошвы на длину ролика.

Величина площади опоры культи В.-М. извѣстна въ 13 случаяхъ, считая въ томъ числѣ 8 нашихъ: изъ этого числа въ 3-хъ получился сравнительно большій слѣдъ, въ 2-хъ случаяхъ Буца 51,8 кв с. (субъектъ 28 лѣтъ) и 60,5 кв. с. (17 лѣтъ) и за тѣмъ въ случаѣ Lammert'а—36 кв. с. (12 лѣтъ); остальные 10 случаевъ, 2—Fischer'а и 8 нашихъ, въ возрастѣ отъ 8 до 20 лѣтъ дали слѣдъ въ среднемъ въ 24 кв. с.—не выше 28,5 кв. с., не ниже 21. Средняя величина изъ всѣхъ 13 случаевъ—33,5 кв. с. Цифру эту можно считать нѣсколько уменьшенной, такъ какъ изъ 13 больныхъ 4 малолѣтнихъ и 3 подростка.

Въ ортопедическихъ модификаціяхъ съ высокимъ уровнемъ распила опорная площадь, какъ и слѣдовало ожидать, представляется большихъ размѣровъ и въ слѣдъ захвачена та ея часть, которая прилежитъ сзади къ головкамъ костей metatarsi (рис. № 31).

Если сравнить оттиски слѣдовъ культей обычнаго типа и ортопедическаго съ высокимъ уровнемъ распила, то ясно видно, что послѣдняя культя при нагруженіи ея не представляетъ прямого продолженія голени, а согнута къ ней подъ нѣкоторымъ угломъ. Такое положеніе, придавая культѣ значительную эластичность, позволяетъ ей опираться не на обычную площадь опоры стопы, поставленной на носокъ, а и на часть лежащей кзади отъ этой области подошвы, такъ какъ вся культя принимаетъ косое положеніе при нагруженіи. На фотографическомъ снимкѣ (рис. № 32) такое сгибаніе культи при стояніи выступаетъ крайне отчетливо. Причина его кроется въ томъ, что суставъ Chopart'а остался нетронутымъ.

Вся культя сохраняетъ красивый видъ вполнѣ нормальной стопы, не вполнѣ приподнятой на носокъ, при чемъ это сходство довершается, оставленной въ цѣлости, пяткой Собственно положеніе лошадиной стопы не является само по себѣ патологическимъ, такъ какъ при подыманіи человѣка на носки и нормальная стопа принимаетъ положеніе лошадиной; при этомъ она вполнѣ годна для ходьбы и поддержанія равновѣсія тѣла (ходьба на носкахъ). Если человѣкъ не можетъ долго ходить на носкахъ, то причиной этому служитъ то, что мышечный аппаратъ, который поддерживаетъ стопу на носкѣ, скоро утомляется. При искуственной лошадиной стопѣ костная спайка сама по себѣ достаточна для удержанія культи въ ея положеніи и, слѣдователь-

но, такая стопа должна быть вполнѣ пригодной для ходьбы. Изъ сказаннаго ясно, почему такъ существеннно улучшаетъ исходъ операцiи В.-М. костная спайка отрѣзковъ костей голени и стопы, какъ это мы видѣли изъ предъидущихъ цыфръ.

Но для того, чтобы опорная площадь могла прилегать къ полу, первый палецъ долженъ быть въ состоянiи сгибаться къ тылу подъ прямымъ угломъ къ голени. Этимъ обстоятельствомъ и вызвана забота Mikulicz'а о тыльномъ сгибанiи пальцевъ и главнымъ образомъ, конечно, самаго неподатливаго изъ нихъ—1-го. Въ нормальной стопѣ 1-ый палецъ пассивно легко приводится въ положенiе тыльнаго сгибанiя подъ прямымъ угломъ къ длинной оси стопы, въ особенности въ молодомъ возрастѣ, гдѣ при такомъ сгибанiи можетъ получиться даже острый уголъ между длинной осью стопы и 1-мъ пальцемъ.

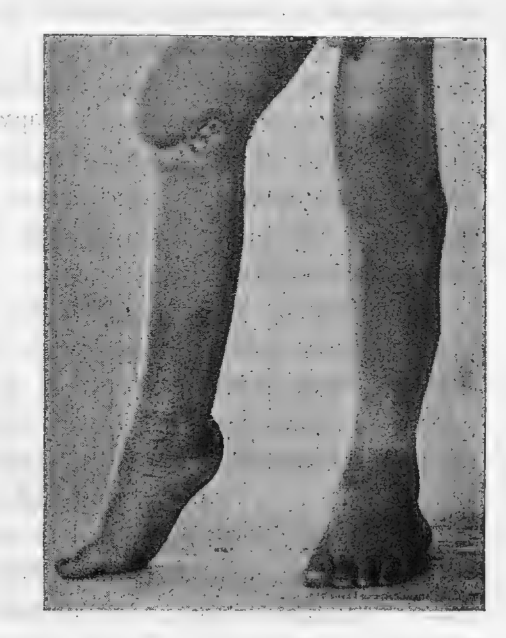


Рис. № 32.

При модификацiяхъ съ линейными и вообще продольными разрѣзами, при которыхъ мышцы стопы не повреждаются, способность такого сгибанiя остается и не требуетъ особенныхъ заботъ, развѣ только придется подкладывать при первыхъ перевязкахъ между пальцами культи и шиной подушку изъ ваты, чтобы отогнуть пальцы къ тылу; кромѣ того при ортопедическихъ модификацiяхъ съ высокимъ уровнемъ распила костей стопы эта способность пальцевъ сгибаться къ тылу подъ прямымъ угломъ теряетъ часть своего значенiя ввиду косого стоянiя культи.

Но при типической операцiи, при которой поперечно перерѣзываются сухожилiя сгибателей большого пальца, отрѣзки этихъ сгибателей вростаютъ въ рубецъ и фиксируютъ большой палецъ въ положенiи вытянутомъ по оси стопы или даже въ положенiи подошвеннаго сгибанiя; вслѣдствiе этого стопа становится негодной для ходьбы. Въ нашемъ 2 мъ случаѣ сгибанiе

перваго пальца не удалось довести до прямого угла и поэтому наступаніе на него было нѣсколько болѣзненно, даже спустя 9 мѣсяцевъ, несмотря на тенотомію сухожилія flexoris hallucis longi и насильственное разгибаніе. Поэтому при такихъ способахъ, надо немедленно послѣ операціи привести пальцы въ положеніе необходимаго тыльнаго сгибанія и все время поддерживать ихъ въ такомъ положеніи.

Благодаря присутствію пальцевъ, культя В.-М. при ходьбѣ по эластичности напоминаетъ нормальную и выше въ этомъ отношеніи даже вполнѣ подвижныхъ культей; кромѣ того способность ея отслаиваться отъ почвы, а въ особенности оріентироваться на почвѣ при наступаніи почти такая же, какъ и въ нормальной стопѣ.

Подвижность культи обычнаго типа не велика, такъ какъ остающійся суставъ Lisfranc'а допускаетъ только небольшія колебанія ввидѣ сгибанія къ тылу и подошвѣ.

Въ нашихъ 1-мъ и 3-мъ случаяхъ съ полной костной спайкой въ мѣстѣ распила, при вполнѣ сохранившейся суставной линіи Lisfranc'а тыльное сгибаніе равнялось 7^0 для обоихъ случаевъ, подошвенное же для 1-го случая было 4^0, для 3 го всего 2^0. Во второмъ случаѣ, гдѣ костная спайка между стопой и голенью отсутствовала, эта подвижность выражалась въ 8^0 для тыльнаго сгибанія и 12^0 для подошвеннаго. Въ случаяхъ 4-мъ и 5-мъ со свѣжими культями, еще подвижными и неуспѣвшими спаяться, размѣры подвижности приблизительно такіе же 11^0 и 8^0 для тыльнаго сгибанія и 10^0 и 11^0 для подошвеннаго. Устойчивость культи находится въ соотвѣтствіи съ ея подвижностью. Тогда какъ въ 1-мъ и 3-мъ случаяхъ культя была совершенно устойчива и служила опорой тѣла, во 2-мъ, 4-мъ и 5-мъ она требовала подпорки ввидѣ палки и неподвижной повязки, безъ которыхъ наступаніе на культю болѣзненно,

Въ ортопедическихъ случаяхъ, съ распиломъ костей стопы позади суставной линіи Chopart'а, подвижность культи гораздо больше и движенія ея, хотя и въ небольшихъ размѣрахъ, совершаются по двумъ и даже, собственно, по тремъ осямъ. Сгибаніе въ этой культѣ больше, чѣмъ въ типической съ неподвижной костной спайкой. Въ нашихъ трехъ случаяхъ тыльное сгибаніе въ 6-мъ случаѣ было равно 9^0, въ 7-мъ—8^0 и въ 8-мъ—10^0, подош-

венное—4^0, 5^0 и 7^0. но кромѣ того здѣсь имѣются и боковыя движенія, представляющія комбинированный видъ отведенія и приведенія съ ротаціей; размѣры ихъ равны въ нашихъ случаяхъ: для приведенія 5^0, 9^0 и 2^0, для отведенія 8^0, 2^0 и 6^0. Размахъ этихъ движеній, какъ видно изъ приводимыхъ цыфръ, невеликъ и гораздо меньше таковаго же въ здоровыхъ стопахъ, гдѣ онъ равенъ въ нашихъ трехъ случаяхъ для тыльнаго сгибанія—23^0, 25^0 и 22^0, для подошвеннаго—15^0, 40^0 и 27^0, для приведенія—23^0, 29^0 и 17^0, для отведенія—20^0, 21^0 и 24^0, для ротаціи внутрь—45^0, 40^0 и 28^0, кнаружи—15^0, 15^0 и 18^0.

Хотя размахъ сгибанія въ нашихъ ортопедическихъ культяхъ такихъ же размѣровъ, какъ и въ культяхъ 2-ой, 4-ой и 5-ой, тѣмъ не менѣе первыя культи вполнѣ устойчивы, что зависитъ, по нашему мнѣнію, отъ того, что сгибаніе въ нихъ совершается въ суставахъ, физіологически приспособленныхъ для этой функціи, и мышечный аппаратъ совершенно почти не тронутъ.

Въ смыслѣ укороченія оперированной конечности операція В.-М. стоитъ въ наиболѣе благопріятномъ положеніи среди другихъ ампутацій стопы, такъ какъ имѣющійся запасъ передней части стопы позволяетъ придать конечности желаемую длину. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ хирурги пользовались просто глазомѣромъ для опредѣленія величины куска, который нужно иссѣчь, или удаляли просто пораженный участокъ. Поэтому послѣ ампутаціи стопы по В.-М. оперированная конечность получалась у разныхъ авторовъ различной длины.

Свѣдѣнія о длинѣ оперированной конечности имѣются въ 43-хъ случаяхъ; изъ нихъ въ 18-ти оперированная конечность длиннѣе здоровой въ среднемъ на 2,5 сант. (minimum—на $^1/_2$ сант. maximum—на 5 сант.) Въ 11 ти случаяхъ оперированная конечность короче здоровой въ среднемъ на 3,3 сант. (minimum—на $2^1/_2$ сант., maximum—на 6 сант.) и конечности одинаковой длины получились всего 12 разъ.

Еще Владимировъ обратилъ вниманіе на длину оперированной конечности; онъ совѣтуетъ удалять берцовыхъ костей настолько, чтобы получить ногу на 4 сант. короче здоровой ввиду того, что укороченіе это должно корригироваться упругостью пальцевъ. Но время показало, что пальцы мало по малу сгибаются до прямого угла къ голени, если только они не анкилозированы и ни въ коемъ случаѣ не исправляютъ укороченія. Нѣ-

которые хирурги, какъ Simon и Chauvel,даютъ указанія насчетъ того, какъ получать конечности одинаковой длины. Первый предлагаетъ отпиливать съ этой цѣлью отъ берцовыхъ костей 2 сант., 2-ой же совѣтуетъ производить распилъ голени на 9 сант. отъ полу.

Зябловъ, чтобы выяснить условія, при которыхъ можно получить послѣ операціи конечности ровной длины, произвелъ соотвѣтственныя измѣренія частей стопы при операціи на трупахъ. Измѣренія производились по слѣдующимъ направленіямъ: отъ середины лодыжекъ до полу и отъ суставовъ Lisfranc'а и Chopart'а до головокъ плюсневыхъ костей. Эти части стопы взяты на томъ основаніи, что, удаляя пяточную и таранную кости съ мягкими частями подошвы, хирургъ подставляетъ вмѣсто нихъ къ распилу голени систему костей стопы, начиная съ ладьевидной и кубовидной костей до головокъ плюсневыхъ и мягкія ткани подошвы. Первое разстояніе колеблется въ предѣлахъ отъ 6,5 до 8,5 сант. у взрослыхъ, второе—отъ 9, 5 до 11 сант. третье отъ 7, 5 до 9 сант. Распилъ проводился на 0,5 сант. отъ суставныхъ поверхностей берцовыхъ, кубовидной и ладьевидной костей. Удлиненіе конечности колебалось между 3, 5—5 сант. Такимъ образомъ, чтобы дать послѣ операціи В.-М. конечность, равную по длинѣ здоровой, нужно отнимать отъ берцовой кости величину, равную разницѣ разстояній лодыжекъ отъ подошвы и отъ сочлененія Chopart'а до головокъ плюсневыхъ костей (при типической операціи 2 сант.) Эти 2 сант. идутъ на мягкія ткани подошвы и на упругость пальцевъ.

Всѣ эти соображенія отпадаютъ при операціяхъ В.-М., предпринимаемыхъ съ цѣлью исправленія укороченія конечности, такъ какъ въ такихъ случаяхъ укороченіе, которое надо исправить, весьма значительно; въ среднемъ изъ собранныхъ нами случаевъ оно равно 10 сант., а въ случаѣ Samter'а 19 сант., поэтому всѣ старанія хурурговъ должны быть направлены на то, чтобы сдѣлать больную конечность, какъ можно длиннѣе.

Такъ какъ изслѣдованіями Rydygier'а и Gabriczewsk'аго на трупахъ выяснено, что типической операціей В.-М. можно удлинить конечность только на 5 сант., то этой операціи оказываетсз недостаточно при имѣющемся укороченіи на 10 сант. и мы дѣйствительно, видимъ, что Дьяконовъ, какъ было выше упомянуто, желая исправить укороченную на 10 сант. конечность путемъ ти-

пической операцiи, успѣлъ въ этомъ только на половину. Послѣ операцiи укороченiе осталось на 5 сант.; такое же удлиненiе на 5 сант. при типической операцiи получилъ въ своемъ случаѣ и Lotheissen.

У трехъ нашихъ больныхъ (случ. 6-й, 7-ой и 8-ой), у которыхъ укороченiе конечности до операцiи равнялось 11, 7 и 9 сант., оно совершенно корригировано, не смотря на то, что во всѣхъ случаяхъ стопа больной конечности находилась въ состоянiи сильной атрофiи и была короче здоровой въ 1-мъ случаѣ на 3 сант., во 2-мъ на 3 и въ 3-мъ—на 2, такъ что удлиненiе конечности, которое достигнуто путемъ операцiи въ нашихъ случаяхъ собственно нужно считать равнымъ 14, 10 и 11 сант. Приблизительно такое же удлиненiе получилось у Mikulic'a (7 сант.) и Samter'a (11 сант.), также производившихъ распилъ стопы черезъ таранную и пяточную кость.

Суммируя все выше сказанное относительно функцiи культи послѣ операцiи по В.-М., мы должны сказать, что эта культя, при которой больной получаетъ естественно приспособленную эластичную площадь опоры съ пальцами, употребляемую физiологически для ходьбы, должна быть поставлена въ первомъ ряду мало подвижныхъ и неподвижныхъ культей, непосредственно рядомъ съ культею Chopart'a.

Возможность получить конечности одинаковой длины служитъ важнымъ достоинствомъ этого метода. Недостатками метода можно считать а) техническую сложность оперированiя, б)необходимость особенно строгаго наблюденiя за стопою въ послѣ операцiонномъ перiодѣ и в) продолжительность срока, необходимаго для первыхъ попытокъ ходьбы (на 46 случаевъ—около 2 мѣсяцевъ въ среднемъ; minimum—2½ недѣли, maximum—11 мѣс. Среднее число, необходимое для костной спайки по 20 случаямъ—4 мѣс.)

Итакъ, мы видимъ, что культя послѣ операцiи В.-М. отличается высокими функцiональными качествами и показанiя къ ней многочисленны и разнообразны.

Злокачественныя новообразованiя пятки, травмы, имѣющiя послѣдствiемъ дефекты мягкихъ частей задняго отдѣла стопы и другiя заболѣванiя, сдѣлавшiя негодными покровы пяточной области, имѣютъ въ ней единственно возможный методъ хирургическаго лѣченiя, безъ котораго больному оставалось-бы только ампутировать голень.

Примѣненіе этой операціи съ ортопедической цѣлью также весьма плодотворно, тѣмъ не менѣе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мягкія части пятки сохранились, невольно возникаетъ вопросъ: не проще ли и цѣлесообразнѣе вмѣсто этой операціи производить простую резекцію пятки.

Въ печати, главнымъ образамъ французской, уже раздавались голоса въ этомъ смыслѣ (Kummer, Ollier и др.). Ollier, ни разу не производившій операціи В.-М. и особенно неблагосклонно относящійся къ ней, ограничиваетъ показанія къ ней только тѣми случаями, гдѣ кожа пятки не годна или имѣется злокачественное новообразованіе и т. п., но при простыхъ туберкулезныхъ остеитахъ совѣтуетъ изсѣченіе пятки обычнаго типа. При послѣднемъ заболѣваніи онъ допускаетъ операцію В.-М. только въ случаяхъ, гдѣ пораженіе костей пошло далеко впередъ и вверхъ, а если больной моложе 25-ти лѣтъ, онъ совѣтуетъ лучше произвести резекцію пятки. Травма, по его мнѣнію, является болѣе благопріятнымъ показаніемъ для операціи В.-М., чѣмъ туберкулезное пораженіе.

Нѣсколько разъ при обширныхъ туберкулезныхъ пораженіяхъ Ollier пробовалъ произвести операцію В.-М., но обыкновенно находилъ такіе инфильтраты и измѣненія, что кончалъ ампутаціей, считая, что больные скорѣе выздоровѣютъ и лучше будутъ ходить, если имъ предоставить одну точку опоры ввидѣ пяточнаго лоскута съ толстой подкладкой; онъ отрицаетъ значеніе операціи В.-М. даже для удлиненія конечности, находя, что лучше болѣе короткая, но болѣе надежная культя.

Но эти разсужденія, какъ мы видѣли, совершенно не оправдываются дѣйствительностью и при бугорчаткѣ стопы даже съ сравнительно уцѣлѣвшей кожей пятки, но съ тяжелымъ пораженіемъ костей, таранной и пяточной, операцію В.-М. слѣдуетъ предпочесть резекціи пятки по слѣдующимъ соображеніямъ. При резекціи задняго отдѣла стопы, когда мы оставляемъ оставшіяся неповрежденными части костяка въ ихъ обычномъ положеніи, не подшивая ихъ къ голени костно пластическимъ путемъ, кости послѣдней упираются своими суставными поверхностями или спиленными концами прямо въ мягкія части пятки и стопа представляетъ собственно культю Syme'a или при поднадкостничной резекціи подобіе культи послѣ ампутаціи по Ollier, къ которой приставлена спереди плоская часть передней стопы.

Въ случаѣ Goldammer'а, гдѣ была произведена операцiя по Kümmel'ю и передній отдѣлъ стопы приставленъ къ освѣженной передней части костей голени, культя, по словамъ автора, упиралась въ подошвенный лоскутъ Syme'вскимъ распиломъ голени, прикрытымъ оставленной въ лоскутѣ надкостницей calcanei.

Само собою понятно, что при простой резекцiи вслѣдствiе подтягиванiя остатка стопы къ голени и возрожденiя кости изъ оставшейся надкостницы, возможенъ хорошiй исходъ, но возможность осложненiй здѣсь гораздо больше, такъ какъ культи Syme'а и Ollier не могутъ быть поставлены на одинъ уровень съ культями, получаемыми костно-пластическимъ путемъ. Кромѣ того, укороченiе при резекцiи пятки, въ особенности при пораженiи голени достигаетъ значительныхъ размѣровъ, при операцiи же по В.-М. оно можетъ быть вполнѣ корригировано или сведено до minimum'а.

Въ заключенiе привожу исторiи болѣзни больныхъ, находившихся въ моемъ распоряженiи.

1) К. 17 лѣтъ, туберкулезъ костей задней части стопы и голеностопнаго сустава съ многочисленными свищами на пяткѣ. Типическая операцiя по В.-М.; черезъ два мѣсяца попытки ходить съ неподвижной повязкой. Черезъ 4 мѣсяца выписалась съ костной спайкой. Свободно наступаетъ на культю. Пальцы отогнуты подъ прямымъ угломъ. Ходитъ, не хромая, безъ опоры и протеза, босая. Оперированная конечность длиннѣе на 2 сант. (рис. № 27).

2) Г. 15 лѣтъ. Туберкулезъ костей задней части стопы и голеностопнаго сустава. Много свищей подъ обѣими лодыжками. Операцiя по В.-М.; распилъ костей стопы черезъ основанiя плюсневыхъ костей. Черезъ мѣсяцъ рецидивъ туберкулеза; культя раскрыта по рубцу и очищена. Черезъ 2 мѣсяца первыя попытки ходить въ неподвижной повязкѣ. Черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ операцiи спайки еще нѣтъ. Наступанiе на культю болѣзненно, но съ палкой и въ неподвижной повязкѣ ходитъ, мало хромая. Первый палецъ, не смотря на подсѣченiе сухожилья m. flex. hallucis longi, не отгибается къ тылу подъ прямымъ угломъ.

3) С. 10 лѣтъ. Остео-мiэлитъ костей задней части стопы съ почти полнымъ ихъ разрушенiемъ. Большая язва на пяткѣ, занимающая почти всю ея заднюю часть. Операцiя по В.-М. съ разрѣзомъ по Korzeniowsk'ому. Черезъ 1½ мѣсяца начала ходить.

Прочная костная спайка. Черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи выписана. Свободно ходитъ, опираясь на оперированную конечность, безъ палки, босая. Пальцы отгибаются къ тылу подъ прямымъ угломъ. Конечности одинаковой длины.

4) Б. 13 лѣтъ. Тяжелое туберкулезное пораженіе задней части стопы и голеностопнаго сустава. Свищи по всей задней части стопы. Операція по В.-М. съ распиломъ скелета стопы черезъ основанія плюсневыхъ костей. Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца первыя попытки ходить въ неподвижной повязкѣ. Культя въ мѣстѣ спайки подвижна; имѣется еще не зажившій свищикъ; черезъ 2 мѣсяца съ палкой и въ неподвижной повязкѣ ходитъ, опираясь на оперированную стопу. Конечности одинаковой длины.

5) В. 10 лѣтъ. Тяжелое туберкулезное пораженіе задней части стопы и голеностопнаго сустава. Операція по В.-М. съ распиломъ костей стопы на уровнѣ основаній плюсневыхъ костей. 4-ая плюсневая вычерпана острой ложкой. Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца остался небольшой свищъ. Костной спайки въ мѣстѣ распила нѣтъ. Первыя попытки ходить съ неподвижной повязкой и палкой. Черезъ 2 мѣсяца опираніе на культю еще болѣзненно, тѣмъ не менѣе ходитъ, пользуясь культей, которая находится въ неподвижной повязкѣ. Конечности одинаковой длины.

Случаи, въ которыхъ операція предпринята съ ортопедической цѣлью.

6) У. 13 лѣтъ. Правая нога согнута въ колѣнѣ подъ угломъ и анкилозирована вслѣдствіе бывшаго здѣсь туберкулезнаго воспаленія сустава. Вся конечность атрофирована. Сдѣлана клиновидная эксцизія сустава. Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца послѣ нея длина оперированной конечности отъ trochanter major до подошвы 62 сант. длина стопы—18 сант. Длина здоровой конечности 73 сант., здоровой стопы—21 сант. Черезъ $1^1/_2$ мѣсяца произведена для удлиненія конечности операція по 2-му способу Mikulicz'а въ модификаціи проф. Тихова. Черезъ 3 недѣли первыя попытки ходить. Конечности одинаковой длины. Черезъ 2 мѣсяца выписалась съ прочной спайкой въ мѣстѣ распила. Ходитъ босая, безъ опоры и протеза, не хромая. Стопа стоитъ въ положеніи лошадиной; согнута подъ угломъ градусовъ въ 150 къ длинной оси голени (рис. № 32).

7) Л. 10 лѣтъ. Туберкулезъ праваго колѣннаго сустава и атрофія всей конечности. Нога согнута въ колѣнѣ подъ прямымъ

угломъ. Произведена резекцiя колѣннаго сустава. Длина больной конечности отъ troch. major до подошвы 57 сант., длина стопы—15 сант. Длина здоровой конечности—64 сант., здоровой стопы, 18 сант. Произведена для удлиненiя конечности операцiя по 2-му способу Mikulicz'a въ модификацiи проф. Тихова. Черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца первыя попытки ходить. Конечности одинаковой длины. Стопа стоитъ, слегка уклоняясь кпереди отъ длинной оси голени. Прочная костная спайка. Черезъ 2 мѣсяца прочная спайка въ колѣнѣ и стопѣ; хорошо опирается на оперированную конечность. Черезъ 3 мѣсяца возвратъ туберкулеза въ колѣнѣ. Конечность снова согнулась почти подъ прямымъ угломъ въ колѣнѣ.

8) Н. 20 лѣтъ. Вслѣдствiе бывшаго туберкулеза праваго колѣннаго сустава образовался въ немъ анкилозъ. Нога согнута въ колѣнѣ подъ прямымъ угломъ, короче здоровой на 9 сант. Стопа больной конечности короче, чѣмъ здоровой на $2\frac{1}{2}$ сант. Сдѣлана клиновидная эксцизiя колѣна и въ цѣляхъ удлиненiя конечности; образованiе лошадиной стопы по 2-му способу Mikulicz'a въ модификацiи проф. Тихова. Черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца первыя попытки ходить въ неподвижной повязкѣ. Въ колѣнѣ и стопѣ прочная костная спайка. Въ колѣнѣ остались небольшiе свищи. Черезъ 3 мѣсяца ходитъ, хорошо ступая на оперированную стопу. Обѣ конечности одинаковой длины.

ГЛАВА X.

Amputatio pedis osteoplastica съ тыльнымъ лоскутомъ.

(Операція Левшина—Спасокукоцкаго).

При операціи Левшина-Спасокукоцкаго удаляется вся стопа, кромѣ мягкихъ частей тыла и прилежащихъ къ нимъ верхнихъ отрѣзковъ костей передней стопы, которыя прикладываются къ распилу костей голени.

Операція эта сравнительно молодая; предложена она всего 10 лѣтъ тому назадъ. Несмотря на удовлетворительные результаты, она дальнѣйшаго распространенія не получила, отчасти потому, что показанія для нея не такъ часто встрѣчаются а главнымъ образомъ потому, что ввиду небольшого количества случаевъ, рѣшающаго слова о ней не было сказано.

Способъ Владимирова-Mikulicz'а ближе другихъ подходитъ по мысли къ операціи Левшина-Спасокукоцкаго, но при немъ дистальный отрѣзокъ стопы приставляется къ распилу голени своимъ поперечнымъ вертикальнымъ распиломъ; отсюда легокъ переходъ къ полному повороту лоскута назадъ и горизонтальному распилу.

Въ способѣ Л.-С. костно-пластическій лоскутъ включаетъ въ себѣ верхніе отрѣзки наружной половины ладьеобразной кости, 2-хъ клиновидныхъ костей и основаній 2-ой и 5-ой плюсневой кости. Эти кости образуютъ ровную прочную площадку, которая очень удобна для опоры культи. Показаніемъ къ этой операціи служитъ такое пораженіе, при которомъ затронута вся стопа, кромѣ ея тыла, при чемъ лоскутъ долженъ быть такой величины, чтобы его хватило только на закрытіе распила костей голени до задняго разрѣза ея мягкихъ частей. Кожа должна быть цѣла по крайней мѣрѣ до середины плюсневыхъ костей.

Обмороженія всей стопы, травматическое ея повреждение, захватившее пятку, подошву и пальцы, туберкулезное пораженіе пятки, сдѣлавшее негодной кожу подошвы, могутъ служить показаніемъ къ этой операціи. Въ нашемъ случаѣ эта операція

произведена по поводу обмороженiя обѣихъ стопъ, вызвавшаго омертвѣнiе ихъ подошвы вмѣстѣ съ пальцами. Вообще можно сказать, что эта операцiя показуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже нельзя сдѣлать операцiи В.-М. по причинѣ пораженiя подошвы и пальцевъ.

Производство этой операцiи, какъ оно описано у Спасокукоцкаго, сводится къ слѣдующему: разрѣзъ начинается на внутренней лодыжкѣ и ведется по внутреннему краю стопы до средины первой плюсневой кости. Второй разрѣзъ начинается на наружной лодыжкѣ и идетъ до средины 5-ой плюсневой кости по наружному краю стопы, концы обоихъ разрѣзовъ соединяются поперечнымъ на тылѣ стопы. Начальныя точки 2-хъ первыхъ разрѣзовъ соединяются четвертымъ нѣсколько выше лодыжекъ, проходящимъ поперекъ черезъ заднюю окружность голени. Конецъ лоскута отдѣляется скребцомъ отъ дiафизовъ подлежащихъ плюсневыхъ костей на 2—3 сант. вмѣстѣ съ надкостницей. Плюсневыя кости перепиливаются у основанiя маленькаго, отдѣленнаго отъ нихъ лоскута, такъ что основанiя ихъ остаются при лоскутѣ, а дiафизы отходятъ къ пальцамъ. Основанiе 1-ой плюсневой кости и 1-ая клиновидная удаляются, затѣмъ спиливается подошвенная поверхность, назначенныхъ въ лоскутъ, костей параллельно тылу стопы. Вскрывается суставъ Chopart'а, мягкiя части отдѣляются до голеностопнаго сустава и затѣмъ эпифизы костей голени перепиливаются горизонтально. Само собой разумѣется, что въ случаѣ нужды, если сильно поражены плюсневыя кости, костную часть лоскута можно образовать и изъ дiафизовъ плюсневыхъ костей, убавивъ соотвѣтственно ту его часть, которая берется изъ предплюсневыхъ.

Въ нашемъ случаѣ двусторонней ампутацiи стопы по Л.-С. въ лоскутъ вошли основанiя и небольшiя части дiафизовъ 4-хъ послѣднихъ плюсневыхъ, затѣмъ 2-хъ клиновидныхъ и кубовидной костей и наружная части ладьевидной.

При модификацiи описываемаго способа, предложенной собственно Спасокукоцкимъ, дистальная часть стопы и пальцы ея не удаляются, а загибаются назадъ вмѣстѣ съ лоскутомъ и приживляются такимъ образомъ, что выдаются сзади стопы. Эта модификацiя кажется намъ излишней, такъ какъ, не представляя особыхъ преимуществъ въ смыслѣ опоры, она можетъ затруднить больного при выборѣ обуви. Въ то время, какъ при основномъ

способѣ Московской госпитальной клиники больной свободно можетъ ходить въ валенкахъ и простыхъ башмакахъ, набивши ихъ переднія части какимъ нибудь мягкимъ матеріаломъ, больной, ампутированный по способу Спасокукоцкаго съ сохраненіемъ пальцевъ, долженъ носить обувь, повернувъ ее задомъ напередъ и такимъ образомъ принужденъ рѣзко выставлять свое уродство на показъ. Кромѣ того пальцы, выдающіеся кзади и не находящіеся подъ контролемъ глазъ, легко подвергаются инсультамъ, дѣлая, напр., весьма затруднительной ходьбу въ толпѣ (отдавливанье пальцевъ).

Сама по себѣ операція Л.-С. не сложна, не сложнѣе во всякомъ случаѣ, чѣмъ операція В.-М Въ смыслѣ же дальнѣйшаго пользованія она гораздо проще многихъ костно-пластическихъ ампутацій, напр. хотя бы той же операціи В.-М. Здѣсь не требуется особой заботы о томъ, чтобы костные распилы стояли одинъ у другого, такъ какъ самъ лоскутъ удерживаетъ ихъ на должномъ мѣстѣ. Нѣтъ надобности въ шинахъ и какихъ нибудь приспособленіяхъ и вполнѣ достаточно простой мягкой повязки.

Всего въ литературѣ извѣстно 4 случая операціи по способу Л.-С. 2 изъ нихъ по основному способу и 2 по модификаціи Спасокукоцкаго съ пальцами. Изъ нихъ хорошимъ результатомъ сопровождалось 2 случая: случай Московской Госп. клиники, оперированный по основному способу и одинъ случай Спасокукоцкаго по модификаціи съ пальцами. Другіе 2 случая: по первой модификаціи (Зельдовича) и по второй (Березкина) имѣли исходъ неудачный; въ первомъ случаѣ больная умерла отъ туберкулеза легкихъ, во 2-мъ потребовалась вторичная ампутація голени, прежде чѣмъ больные начали ходить.

Послѣ 1897-го года д—ръ Спасокукоцкій, какъ онъ любезно извѣстилъ меня частнымъ письмомъ, за что приношу ему благодарность, производилъ эту операцію нѣсколько разъ въ обѣихъ модификаціяхъ, но каковъ исходъ ихъ, мнѣ не извѣстно, такъ какъ случаи эти не были опубликованы.

Въ нашемъ случаѣ была произведена двусторонняя ампутація по основному способу. Что касается теченія послѣопераціоннаго періода, то оно зависитъ не столько отъ самой операціи, сколько отъ обстоятельствъ, ее сопровождавшихъ, и отъ болѣзни, послужившей причиной ея примѣненія. Въ нашемъ случаѣ выздоровленіе нѣсколько затянулось, благодаря гнойному затеку на го-

лени, образовавшемуся на правой стопѣ. Само собой разумѣется, что нашъ больной съ двусторонней ампутацiей долженъ былъ встать на ноги гораздо позже, чѣмъ больные Московской Госп. клиники. Не говоря уже о большой травмѣ, нужно отмѣтить, что при двусторонней ампутацiи больному гораздо труднѣе начать ходить потому, что онъ долженъ выучиться сохранять равновѣсiе и даже при полной безболѣзненности культей безъ привычки не можетъ удержаться на ногахъ съ сильно уменьшенной опорной площадью. Кромѣ того, тогда какъ больной съ ампутированной на одной сторонѣ стопой можетъ начать ходить, передавая большую часть тяжести тѣла на здоровую ногу и костыль, больной съ двусторонней ампутацiей сразу долженъ опереть все тѣло на свѣжiя культи. Поэтому то въ то время, какъ больные Московской Госп. клиники начали ходить, одинъ черезъ 2 мѣсяца 5 дней, а другой черезъ 45 дней, нашъ больной при полной безболѣзненности обѣихъ культей, могъ начать ходить только черезъ 4 мѣс.

Культя при ампутацiи Л. С. имѣетъ видъ пестика съ довольно широкимъ булавовиднымъ концомъ, напоминающимъ культю послѣ ампутацiи по Malgaigne'ю и очень красива на видъ (рис. № 33). Покровы опорной площади всюду одинаково толсты и

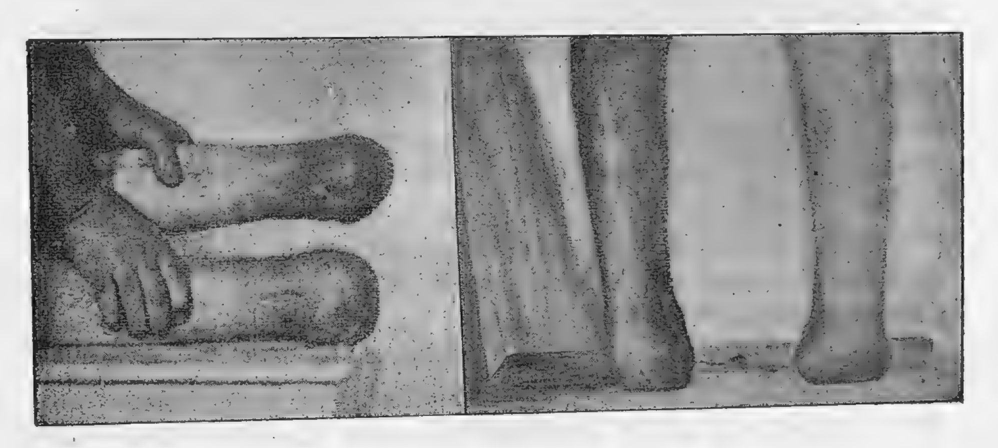


Рис. № 33.

подвижны, при наступанiи совершенно безболѣзнены; по наружному виду они ничѣмъ не отличаются отъ покрововъ нормальной пятки.

Огрубѣнiе кожи подошвы культи наступило у нашего больного очень быстро; черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣс. послѣ первыхъ попытокъ ходьбы

она ужъ была вполнѣ способна переносить тяжесть тѣла. Кожа подошвы перваго больного Московской госпитальной клиники, по словамъ д-ра Троянова, черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ операціи была „подвижна и надежна“. У 2-го больного черезъ 7 мѣсяцевъ кожа представлялась нѣсколько огрубѣвшей и безболѣзненной. Въ нашемъ случаѣ рубецъ находится сзади и поднятъ на обѣихъ культяхъ на 5 сант. отъ подошвы. При наступаніи рубецъ не касается земли.

Больной въ такъ называемыхъ пимахъ (сибирскія валенки) свободно и скоро ходитъ безъ палки и даже можетъ на короткое время становится на одну ногу. Нужно отмѣтить, что, хотя 1-ый больной Московской Госп. клиники хорошо ходилъ безъ палки, но черезъ 10 мѣсяцевъ онъ извѣстилъ, что д-ръ Трояновъ нашелъ на рубцѣ поверхностную язвочку и небольшой инфильтратъ и больному снова пришлось начать ходить на костыляхъ. Виною этому, по его мнѣнію, былъ протезъ, который оказался никуда не годнымъ. Второй же больной, ампутированный по способу Спасокукоцкаго могъ ходить скорыми шагами почти бѣгать. Черезъ 7 мѣсяцевъ онъ могъ даже, сколько угодно прыгать на одной оперированной ногѣ.

О дальнѣйшей судьбѣ 1-го больного ничего не извѣстно, что же касается 2-го, то по любезному сообщенію д-ра Спасокукоцкаго, послѣдній видѣлъ этого больного черезъ нѣсколько лѣтъ свободно спускающимся по лѣстницѣ съ 4-го этажа. По словамъ больного, онъ не испытываетъ никакихъ неудобствъ и очень доволенъ. Походка очень легка и свободна; ходитъ безъ палки.

Площадь опоры культи представляется, судя по оттиску, вполнѣ достаточной для поддержки равновѣсія тѣла. Оттиски, какъ въ нашемъ случаѣ, такъ и въ случаѣ Московской Госпитальной клиники—яйцевидной формы (рис. № 34). Въ нашемъ случаѣ площадь слѣда равна на одной сторонѣ 21 кв. с., на другой 22, въ случаѣ Московской Госпитальной клиники—28; въ среднемъ изъ 3-хъ культей—23 кв. с. Принимая опорную площадь стопы, измѣряемую по оттиску слѣда, по нашимъ измѣреніямъ равной въ среднемъ 102 кв. с., мы можемъ опредѣлить величину оттиска слѣда культи Л.-С. приблизительно въ $^1/_4$ нормальной величины.

У нашего больного, ввиду того, что ампутація была сдѣлана на обѣихъ стопахъ, конечности вышли одинаковой длины, у обоихъ больныхъ Московской Госпитальной клиники укороченіе равнялось 4 сант. Такое сравнительно большое укороченіе станетъ

вполнѣ понятнымъ, если вспомнить, что костно пластическiй лоскутъ, подкладываемый подъ распилъ голени очень тонокъ и гораздо тоньше, напр. Пироговскаго. Толщина мягкой подкладки, измѣряемая по Рентгеновскому снимку при ненагруженной культѣ, равна въ самомъ толстомъ мѣстѣ $1^1/_2$ сант.

Костная часть лоскута въ нашемъ случаѣ въ обѣихъ культяхъ не приросла къ распилу голени неподвижно, но могла сдвигаться и пассивно, и активно кпереди и кзади, причемъ размахъ движенiй культи очень не великъ. На правой ногѣ онъ равнялся 5^0 (3^0—для подошвеннаго сгибанiя, 2^0—для тыльнаго) и на лѣвой—4^0 (3^0—подошвенное сгибанiе и 1^0—тыльное). При движенiяхъ, подъ кожей совершенно отчетливо видно сухожилiе мышцы, повидимому, общаго разгибателя пальцевъ, проходящаго по передней части культи и теряющагося въ подошвѣ. Подошвенное сгибанiе производится трехглавой мышцей икры, такъ какъ Ахилл. сухожилiе въ мѣстѣ рубца плотно спаяно съ культею.

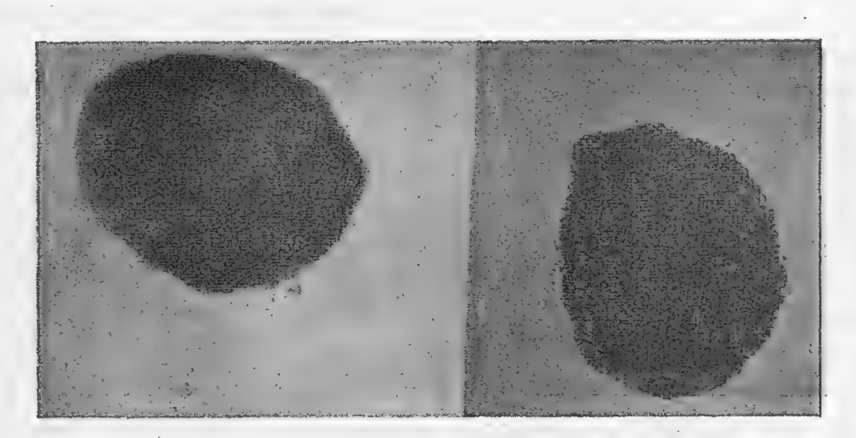


Рис. № 34. $^1/_4$ естеств. велич.

Въ культѣ 1-го больного Московской Госпитальной клиники слегка двигаются остатки плюсневыхъ костей и занимаютъ немного наклонное книзу положенiе, исчезающее при наступанiи на ногу. Что касается 2-го больного, оперированнаго по способу д-ра Спасокукоцкаго, то его стопа имѣетъ спереди родъ пятки, большую опорную поверхность. Пальцы вытянуты, такъ какъ сгибатели перерѣзаны, а часть разгибателей иссѣчена. Опорой служитъ вышеуказанный родъ пятки и внутренняя половина тыла стопы. Часть стопы соотвѣтствующая метатарзальнымъ костямъ и пальцамъ

стоитъ слегка подъ тупымъ угломъ къ голени (особенно пальцы, которые сохранили способность разгибаться) и пружинитъ. При давленіи рукой уголъ легко доводится до прямого. Причина подвижности лежитъ въ сохраненіи сустава Lisfranc'а.

По Рентгеновскому снимку линія этого сустава проходитъ какъ разъ у задняго края распила большеберцовой кости. Такая подвижность крайне незначительна, но собственно культя Л.-С. принадлежитъ къ категоріи неподвижныхъ культей и подвижность въ нашемъ случаѣ явилась результатомъ неполнаго прирощенія костно-пластическаго лоскута къ распилу голени, культя, которая должна была бы въ этомъ отношеніи походитъ на неподвижную культю Пирогова, походитъ скорѣе на малоподвижную культю Разумовскаго.

Рентгеновскіе снимки (рис. № 35) въ нашихъ случаяхъ показываютъ, что костная часть лоскута въ обѣихъ культяхъ не срослась костной спайкой съ распиломъ костей голени; она сдвину-

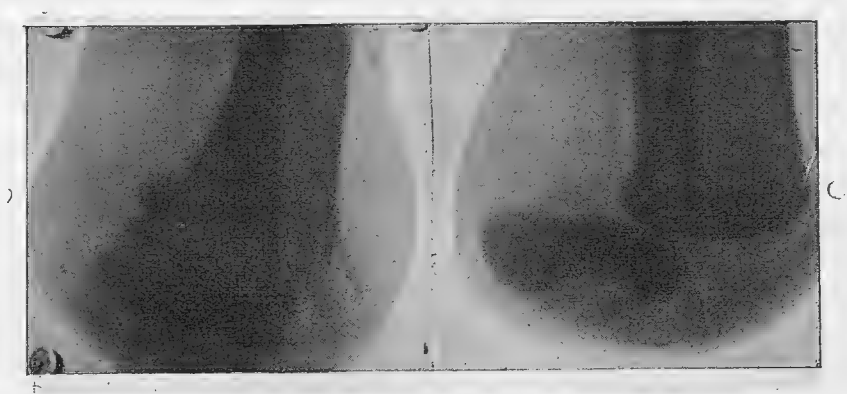


Рис № 35. 1) Снимокъ въ передне-заднемъ направленіи.
2) Снимокъ въ боковомъ направленіи.

лась кзади, но тѣмъ не менѣе наступаніе совершается на ея переднюю половину, Точно также сдвинулся лоскутъ у 1-го больного Московской клиники, но у него, равно какъ и у Спасокукоцкаго, получилась неподвижная спайка культи съ голенью.

Походка нашего больного походитъ на нормальную тѣмъ, что онъ не хромаетъ, такъ какъ ампутація обѣихъ стопъ по одному и тому же способу дала ему двѣ конечности одинаковой длины, но, если бы ампутація была произведена на одной стопѣ, то больной неминуемо долженъ былъ бы хромать, такъ какъ у больно-

со Московской Госпитальной клиники укороченіе получилось въ 4 сант. Походка нѣсколько тяжела и, хотя, благодаря небольшой подвижности культи, сохранилась нѣкоторая эластичность походки и способность во время ходьбы постепенно отслаивать отъ земли подошву, но тѣмъ не менѣе способность эта очень не велика и не многимъ больше способности Пироговской культи совершать такое же постепенное отслаиванье и при помощи толстой кожно-мышечной подушки.

Благодаря этому обстоятельству, больному приходится сильнѣе работать тазовымъ поясомъ и мышцами бедра при ходьбѣ и скорѣе утомляться. Нашъ больной при выпискѣ ходилъ немного, такъ какъ утомляемость была обусловлена кромѣ вышеупомянутаго обстоятельства еще не вполнѣ выработавшейся привычкой ходить на небольшихъ площадяхъ опоры. По ровной поверхности онъ ходитъ безъ всякой опоры, но въ валенкахъ, на лѣстницу всходитъ съ костылемъ или палкой. Босыми же ногами ходить по твердому полу ему труднѣе.

Разсматривая выше сказанное, мы должны придти къ заключенію, что культя послѣ ампутаціи Л.-С. удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, которыя можно предъявить годной къ употребленію культѣ изъ категоріи культей неподвижныхъ. Она безболѣзненна, обладаетъ большой площадью опоры. Мягкая ея подкладка толста, подвижна и груба. Конечно эта операція есть операція необходимости въ полномъ смыслѣ слова и при возможности образовать культю съ подошвеннымъ костно пластическимъ лоскутомъ, какъ Пирогова и др. или безъ костно-пластическаго лоскута, но съ хрящевой опорной поверхностью и подошвеннымъ лоскутомъ, какъ напр. подтаранное вылущеніе по Malgaigne'ю, всякій хирургъ долженъ отдать предпочтеніе послѣднимъ способамъ, потому что подошвенному лоскуту не нужно вырабатывать привычку служить опорою тѣла; поэтому при ампутаціяхъ съ подошвеннымъ лоскутомъ возможность непріятныхъ осложненій на этой почвѣ гораздо меньше и срокъ полнаго выздоровленія короче. Нашъ больной, начиная съ первой попытки ходить долженъ былъ употребить $1\frac{1}{2}$ мѣсяца, чтобы начать ходить.

Такимъ образомъ въ ряду прочихъ культей стопы, получаемыхъ путемъ костно-пластическихъ ампутацій, культю Л.-С. нужно поставить, не смотря на хорошій исходъ, на послѣднемъ мѣстѣ, приравнявъ ее къ культямъ Таубера и Eiselsberg'а.

Въ заключеніе привожу исторію случая, находящаго въ моемъ распоряженіи.

У. Мужчина 56 лѣтъ. Обмороженіе обѣихъ стопъ, кромѣ тыльной ихъ части. Ампутація по Л. С.; черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи первыя попытки ходить. При выпискѣ черезъ 9 мѣсяцевъ свободно ходитъ безъ палки.

Черезъ 1 годъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи свободно ходитъ, подымается съ палкой по лѣстницѣ, не хромая *).

---

*) Черезъ $1^1/_2$ года послѣ операціи, подымаясь по лѣстницѣ, этотъ больной ушибъ правую культю и у него сдѣлалась phlegmone, послѣ вскрытія закончившаяся безъ слѣда. Подробнѣе объ этомъ интересномъ, едва-ли не единственномъ въ мірѣ, случаѣ будетъ напечатано въ одной изъ ближайшихъ книгъ „Хирургіи“.

ГЛАВА XI.

Amputatio et Exarticulatio pedis.

Ампутація всей стопы есть операція, при которой удаляется весь скелетъ стопы, и конецъ голени прикрывается лоскутомъ изъ мягкихъ частей. Насъ интересуютъ въ данномъ случаѣ только тѣ способы, гдѣ культя берется изъ мягкихъ частей стопы.

Принципіально разсуждая, переходной стадіей отъ ампутацій стопы костно-пластическихъ къ простымъ ампутаціямъ стопы служитъ методъ Ollier, по которому въ кожно-мышечномъ лоскутѣ остается надкостница задняго бугра пяточной кости. Прочіе способы, какъ Syme'a, Roux и др., предложенные раньше, отличаются другъ отъ друга только очертаніями лоскута. Конечно, теперь никому и въ голову не придетъ сравнивать эти способы съ костно-пластическими, однако въ извѣстныхъ случаяхъ, гдѣ въ цѣлости остаются только мягкія части стопы, при пораженіи всего ея скелета, необходимость заставляетъ производить ампутацію и по этимъ способамъ и даже по самому не совершенному изъ нихъ, способу Baudens'a съ тыльнымъ лоскутомъ, такъ какъ и онъ, можетъ дать работоспособную культю. Poncet въ сравнительно позднюю эпоху, въ 1893-мъ году, описываетъ 2 случая ампутацій по Baudens'y, гдѣ больные прекрасно ходили на своихъ культяхъ.

Со всѣми этими способами хирургъ можетъ быть поставленъ лицомъ къ лицу въ случаяхъ травматическихъ поврежденій и различныхъ гангренъ, уничтожившихъ весь костякъ стопы и оставившихъ въ неприкосновенности лишь часть мягкихъ покрововъ, кромѣ того возвратъ заболѣванія (туберкулезъ) въ отрѣзкѣ кости костно-пластической культи можетъ заставить удалить этотъ отрѣзокъ, превративъ такимъ образомъ культю изъ костно-пластической въ простую.

У Schede упоминается о 3-хъ случаяхъ, въ которыхъ Пироговская культя, вслѣдствіе рецидива туберкулеза въ отрѣзкѣ пяточ-

ной кости, должна была быть превращена въ Syme'овскую. Нужно упомянуть еще о такъ называемомъ дермопластическомъ показаніи къ этой операціи. Ампутація Syme'a была первой, которая была примѣнена въ цѣляхъ прикрытія подошвеннымъ лоскутомъ язвы на передней сторонѣ голени.

Сначала Keetley, а потомъ Baracz произвели ее по этому поводу, при чемъ у послѣдняго автора послѣдовало омертвѣніе лоскута, потребовавшее послѣдующей ампутаціи голени. Операція производилась обычнымъ способомъ, только подошвенный лоскутъ выкраивался во всю длину пятки и шелъ на прикрытіе язвы голени. Конечно, при цѣлости пяточной кости каждый хирургъ настоящаго времени предпочтетъ съ этой цѣлью произвести ампутацію по Пирогову, которая даетъ лучшую культю и гораздо большую гарантію въ цѣлости лоскута.

Что же касаетсл до операціи Ollier съ оставленіемъ надкостницы, то для этой операціи показанія встрѣчаются рѣже, такъ какъ, если есть возможность оставить въ лоскутѣ надкостницу, всегда почти бываетъ возможно оставить и слой кости, развѣ въ случаяхъ далеко зашедшаго туберкулеза, вмѣсто того чтобы удалить кость, пораженную процессомъ, на границѣ мягкихъ частей, вылущить ее изъ надкостницы и оставить послѣднюю на мѣстѣ, надѣясь на возрожденіе кости. По такому принципу операція была произведена Ollier 50 разъ. Изъ нихъ въ работѣ La Bonnardière собрано 30 случаевъ, на основаніи которыхъ послѣдній авторъ дѣлаетъ между прочимъ слѣдующія заключенія: 1) вылущеніе съ пяточнымъ лоскутомъ при оставленіи надкостницы даетъ толстую солидную культю, хорошо подбитую, съ рубцомъ спереди и заключающую въ центрѣ болѣе или менѣе полное воспроизведеніе костной ткани, смотря по возрасту культи. 2) функціональный результатъ превосходенъ; укороченіе конечности сведено до minimum'a—3 сант. въ среднемъ, походка легка, близка къ нормальной. Уродство легко скрывается соотвѣтственнымъ аппаратомъ. 3) Преимущество этой операціи передъ старыми методами вылущенія стопы заключается въ меньшемъ травматизмѣ и полной гарантіи въ сохраненіи задней большеберцовой артеріи и ея вѣтвей. По мнѣнію упомянутаго автора, эта ампутація соединяетъ въ себѣ всѣ достоинства способа Пирогова, не имѣя его недостатковъ) возможность рецидива болѣзни при туберкулезѣ костей). Почти во всѣхъ случаяхъ туберкулеза, по его мнѣнію,

она заслуживаетъ настойчиваго примѣненія. Противопоказаніемъ служатъ только костныя новообразованія.

Рентгеновскіе снимки указываютъ на возрожденіе довольно объемистыхъ массъ въ 2—3 сант. высотой костнаго вещества изъ надкостницы, оставленной отъ пяточной кости. При этомъ костная основа культи слегка подвижна. Послѣднее свойство культи— ея подвижность, является единственнымъ преимуществомъ, которое описываемая операція имѣетъ передъ Пироговской. Не говоря ужъ о большомъ укороченіи конечности и болѣе трудной оперативной техникѣ, способъ Ollier заставляетъ изъ проблематической боязни рецидива при туберкулезѣ подвергать больного риску разрощенія остеофитовъ изъ оставленной надкостницы и сопутствующей этому явленію болѣзненности культи. Само возрожденіе кости изъ надкостницы не надежно, покрайней мѣрѣ у Bell'я изъ 10 случаевъ этой операціи, давшихъ хорошій результатъ, кость возродилась не у всѣхъ оперированныхъ.

Изъ методовъ простыхъ ампутацій всей стопы болѣе всѣхъ употребляется методъ Syme'a, тогда какъ другіе способы, какъ Roux, Farabeuf'a, Baudens'a, примѣнялись въ единичныхъ случаяхъ.

Послѣ 1874-го года мною найдено въ литературѣ 105 случаевъ ампутацій Syme'a (Güterbock—9 случ. Panas, Itzerott, Pratt—2 случ., Jahn—5 случ., Dwyer, Hack—6 случ., Glazerbock—4 случ., Kummer, Schrade—10 случ., Dent—44 случ., Potherat, Spengler—14 случ., Essen—2 случ., Boman und Klopfer—4 случ.). Если прибавить случай пр. Тихова въ модификацiи Moshcowicz'a, то выйдетъ 106 случаевъ ампутацій стопы съ лоскутомъ Syme'a.

По Roux найдено мною всего 2 случаи (Maurel) и по Baudens'y —2 случ, (Poncet). Причины болѣе частаго употребленія способа Syme'a кроются въ томъ, что лоскутъ изъ мягкихъ покрововъ, требующійся при этой ампутаціи для прикрытія скелета культи очень малъ и легче сохраняется при пораженіяхъ.

Сущность способа Syme'a, какъ извѣстно, сводится къ полному удаленію всего костяка стопы при сохраненіи пяточнаго лоскута, которымъ прикрывается спиленный конецъ голени. Главнымъ недостаткомъ этого метода не безъ основанія считается значительная трудность выдѣленія пяточной кости безъ поврежденія лоскута, а затѣмъ недостаточное питаніе пяточнаго лоскута. Послѣдній при этомъ часто омертвѣваетъ.

Schede на 596 случаевъ, собранныхъ изъ литературы встрѣтилъ омертвепіе въ 31 случаѣ, т. е. въ 5, 2%; изъ этихъ 31 умерло 5, въ 3-хъ потребовалась вторичная ампутація; этотъ процентъ для прежней эпохи нельзя считать высокимъ. Farabeuf говоритъ, что по словамъ англійскихъ авторовъ, въ Англіи есть хирурги, привыкшіе видѣть омертвѣніе лоскутовъ при производимыхъ ими ампутаціяхъ по Syme'y. Hancock на 219 случаевъ отмѣчаетъ омертвѣніе 16 разъ (7,3%). Сказать точно, отчего зависитъ это омертвѣніе, трудно, но за немногими исключеніями почти весь матеріалъ, послужившій для упомянутой статистики, принадлежитъ къ эпохѣ доантисептической или въ лучшемъ случаѣ пограничной.

Изъ собранныхъ нами 106-ти случаевъ омертвѣніе лоскута имѣло мѣсто всего въ 3-хъ (2,8%). По существу дѣла операція Syme'a, правильно произведенная, не должна давать омертвѣнія лоскута, потому что питаніе его обезпечено насчетъ сосудистой пяточной системы, которая (5 или 6 вѣтвей) происходитъ отъ задней большеберцовой артеріи до мѣста ея дѣленія, отъ конечныхъ развѣтвленій малоберцовой артеріи (art. calcanea externa), отъ вѣтвей лодыжечныхъ и обѣихъ подошвенныхъ артерій. Только неосторожное поврежденіе главныхъ стволовъ при отдѣленіи лоскута можетъ повлечь за собой его омертвѣніе.

У самого Syme'a на 50, произведенныхъ имъ ампутацій по своему способу, не встрѣтилось ни одного случая гангрены лоскута. Съ точки зрѣнія безопасности артеріальныхъ стволовъ подънадкостничное удаленіе пяточной кости, гдѣ оно возможно, заслуживаетъ преимущества передъ ампутаціей по Syme'y.

Выгодныя стороны способа ампутаціи Syme'a—небольшіе размѣры лоскута и его большая приспособленность служить опорой тѣла, не могли однако искупить его вышеописанныхъ не выгодныхъ сторонъ. Этимъ объясняется появленіе новыхъ способовъ. Способъ Jules Roux съ внутренне-заднимъ лоскутомъ имѣлъ въ виду избавить оператора отъ техническихъ неудобствъ отдѣлять сзади пяточную кость лоскута, что справедливо считается самымъ труднымъ моментомъ Syme'овской операціи, и дать лоскуту широкое основаніе съ главнымъ артеріальнымъ стволомъ, заложеннымъ въ немъ. Лоскутъ при немъ очерчивается 2-мя разрѣзами, тыльнымъ и подошвеннымъ, полукруглыми, выпуклыми кпереди, снаружи заходящими на заднюю часть пяточной кости; тыльный

разрѣзъ доходитъ до точки, отстоящей на 3 сант. отъ передняго края tibia, подошвенный до суставной линiи Chopart'а. Но и при этомъ способѣ вылущенiе пяточной кости изъ мягкихъ частей, плотно окружающихъ ее, сильно затрудняетъ операцiю; поэтому Farabeuf предложилъ усовершенствованной способъ съ внутреннимъ лоскутомъ, при чемъ въ лоскутъ отходитъ только внутренняя часть пятки и подошвы, и отдѣленiе кости отъ мягкихъ частей менѣе затруднительно.

Едва ли представляется необходимость описывать рядъ другихъ видоизмѣненiй съ внутреннимъ лоскутомъ, какъ Soupart'а и Sèdillot, Guerin'а и др. или съ тыльнымъ, какъ Baudens'а. Нужда можетъ заставить утилизировать любой отдѣлъ оставшихся мягкихъ частей въ этомъ смыслѣ, такъ какъ каждый изъ нихъ можетъ дать работоспособную культю; прежде, чѣмъ сдѣлать ампутацiю голени, нужно вспомнить объ этомъ обстоятельствѣ, ибо какой-бы совершенный протезъ ни дать больному, онъ никогда не замѣнитъ самой посредственной, но работоспособной культи стопы.

Важнымъ недостаткомъ, присущимъ всѣмъ способамъ ампутацiи стопы, является то, что остающiйся конецъ голени мало приспособленъ для наступанiя на него.

При ампутацiи всей стопы прежнимъ хирургамъ представлялось 4 способа обработки конца голени: 1) весь конецъ могъ оставаться неприкосновеннымъ со своей хрящевой оболочкой и лодыжками; 2) весь конецъ голени вмѣстѣ съ лодыжками удалялся; 3) удалялись только лодыжки, хрящевой же конецъ голени или срѣзывался, или обскабливался, и 4) удалялись лодыжки, при чемъ хрящевой конецъ голени оставался неприкосновеннымъ.

Что касается первой модификацiи, то она имѣетъ raison d'être по стольку, по скольку противопоставляетъ почвѣ костную поверхность, покрытую хрящемъ и сохраняетъ нетронутымъ нижнiй эпифизъ голени, но лодыжки, выдаваясь острыми верхушками въ лоскутъ, давятъ на него и дѣлаютъ наступанiе болѣзненнымъ. Тѣмъ не менѣе извѣстны случаи, гдѣ больные прекрасно ходили на культѣ съ сохраненными лодыжками. У Farabeuf'а приведенъ снимокъ съ культи лѣвой ноги послѣ вылущенiя по способу Roux. Въ этой культѣ лодыжки были оставлены въ культѣ, какъ предполагаетъ Farabeuf, по забывчивости хирурга, однако больной ходилъ хорошо. Blandin сохранялъ обѣ лодыжки,

прикрывая ихъ боковыми лоскутами; оперированная такимъ образомъ молодая модистка на искусственной ногѣ могла протанцовать цѣлый вечеръ и такъ хорошо, что ей удалось обмануть подъ маской на карнавалѣ пользовавшаго ее врача-интерна.

Второй способъ (Legouest, Guerin)—удаленіе лодыжекъ вмѣстѣ съ суставнымъ концомъ голени толщиной въ 1 сант.—приближаетъ вылущеніе стопы къ надлодыжечной ампутаціи голени. При этомъ способѣ опорная костная площадь представляетъ распилъ кости, упирающійся непосредственно въ мягкій лоскутъ, отчего и происходитъ такой большой процентъ болѣзненныхъ культей.

Третій способъ, примѣнявшійся на дѣлѣ чаще всѣхъ (Syme, Baudens, Sédillot etc.), состоялъ въ удаленіи лодыжекъ и слоя хрящевой поверхности, чтобы только образовать горизонтальную поверхность опоры. Иногда лодыжки спиливались на уровнѣ хрящевой поверхности, которая обскабливалась. По существу послѣдніе два способа близко подходятъ другъ къ другу; во второмъ изъ нихъ удаленіемъ хряща думали ускорить процессъ заживленія.

Наконецъ, 4-ый способъ, наиболѣе цѣлесообразный, состоялъ въ удаленіи лодыжекъ и сохраненіи хрящевого слоя суставного конца голени. За этотъ способъ высказываются авторы болѣе поздней эпохи (Hack, Bier).

Въ настоящее время, конечно, хирургъ не станетъ удалять безъ нужды здоровой хрящъ въ особенности съ конца кости, предназначеннаго служить площадью опоры, такъ какъ покрытая хрящемъ кость—вѣрная гарантія безболѣзненности служебной стороны культи. Удаленіе лодыжекъ можетъ вызвать появленіе болѣзненныхъ точекъ на концахъ культи, которые должны служить точками опоры, оставить же лодыжки нельзя, потому что рискъ получить болѣзненную при наступаніи культю остается.

Эти соображенія вызвали къ жизни новый способъ Moshcowicz'a, состоящій въ томъ, что лодыжки удаляются пластическимъ путемъ. Способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ; лоскутъ выкраивается, какъ при операціи Syme'a, наружная часть внутренней лодыжки снимается, лодыжка подрубается и пригибается къ межлодыжковой нишѣ, въ которой соотвѣтственный участокъ освобождается отъ хряща; изъ верхушки наружной лодыжки выпиливается клинъ, обращенный основаніемъ книзу и надхрящница внутренняго края сшивается съ надкостницей наружнаго; такимъ образомъ обѣ лодыжки сливаются съ остальной частью межло-

дыжковой ниши и образуютъ приблизительно ровную поверхность опорнаго конца кости, прикрытую хрящомъ и надкостницей на всей своей поверхности. Однако и тутъ дѣло не обходится безъ несчастныхъ случайностей. Въ нашемъ случаѣ вылущенiя стопы по Moshcowicz'у Рентгеновскiй снимокъ (рис. № 36) показалъ, что, тогда какъ внутренняя лодыжка хорошо и гладко приросла къ хрящевой поверхности большеберцовой кости, наружная лодыжка, укороченная оперативнымъ путемъ, снова разрослась до прежней длины и кромѣ того на ея верхушкѣ выросъ остеофитъ, очевидно, изъ отдѣленной надкостницы, дѣлающiй наступанiе на культю въ этомъ мѣстѣ нѣсколько болѣзненнымъ. Такъ какъ рубецъ въ этой культѣ расположенъ высоко спереди, а подушку культи представляетъ толстая кожа подошвы, больной все таки сносно пользуется культей для ходьбы. Въ другомъ нашемъ случаѣ самопроизвольной ампутацiи стопы на уровнѣ голено-стопнаго сустава вслѣдствiе травматическаго поврежденiя, такой остеофитъ, ясно видный на Рентгеновскомъ снимкѣ, сдѣлалъ культю совершенно не годной для опоры, такъ какъ рубецъ находился на служебной сторонѣ культи; мягкiя части на этой сторонѣ представляютъ слой не толще 0,5 сант., а остеофитъ давилъ прямо на рубецъ.

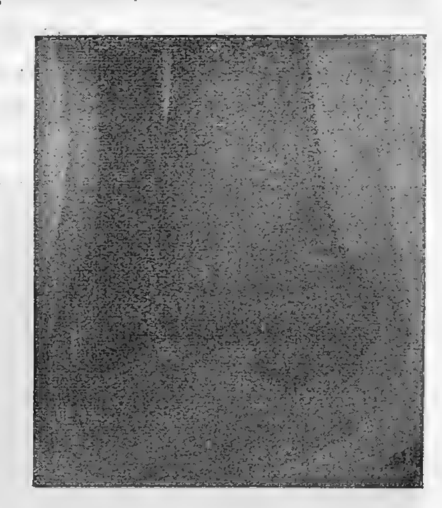


Рис. № 36.

У нашего больнаго культя по Moshcowicz'у получилась довольно красивой на видъ (рис. № 19) съ небольшимъ утолщенiемъ на концѣ; толщина мягкой подкладки, измѣряемая на Рентгеновскомъ снимкѣ, въ самомъ толстомъ мѣстѣ—2,3 сант., въ самомъ тонкомъ—1 сант. Площадь опоры культи, измѣряемая по оттиску слѣда равна 21 кв. с., слѣдовательно, больше Пироговской. Слѣдъ раздѣленъ на двѣ части ясной бороздкой (рис. № 37), указывающей на дѣленiе подошвы культи на 2 возвышенныя части, соотвѣтственно вогнутости суставнаго конца голени и обѣимъ лодыжкамъ, причемъ съ внутренней стороны площадь эта больше, такъ какъ наступанiе совершается главнымъ образомъ на внутреннюю часть культи.

Больной, у котораго на одной сторонѣ стопа ампутирована по Malgaigne'ю, а на другой по Moshcowicz'у, свободно опирается на обѣ культи, но явное предпочтеніе отдаетъ культѣ Malgaigne'я, какъ подвижной и безболѣзненной, тогда какъ культя Moshcowicz'а, благодаря экзостозу и возродившейся наружной лодыжкѣ, чувствительна съ наружной стороны; ввиду этого больной щадитъ послѣднюю культю и вся походка носитъ неуклюжій, тяжелый характеръ. Эти особенности еще усиливаются благодаря укороченію конечности съ культей Moshcowicz'а, которая короче другой конечности съ культей Malgaigne'я на 6 сант.

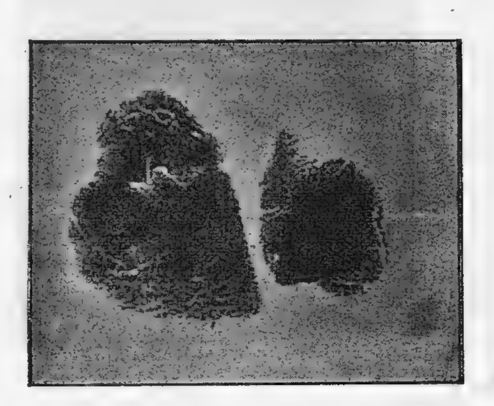


Рис. № 37. — естеств. велич.

Укороченіе конечности вообще при простомъ вылущеніи стопы нужно считать равнымъ отъ 6 до 8 сант. По Weber'у въ среднемъ 7 сант. (maximum —9 сант., minimum—4,8 сант.), т. е. приблизительно на высоту стопы, хотя эта величина можетъ измѣняться соотвѣтственно длинѣ удаляемаго отрѣзка голени. Въ нешемъ случаѣ культя Moshcowicz'а, какъ упомянуто выше, короче культи Malgaigne'я на 6 сант.; прибавивъ къ этому $1^1/_2$ сант. укороченія конечности при ампутаціи по Malgaigne'ю, мы получимъ укороченіе для конечности, ампутированной по Moshcowicz'у, равнымъ $7^1/_2$ сант.

Принимая во вниманіе все сказанное выше, мы a priori уже не можемъ ждать отъ культи послѣ вычлененія стопы большой работоспособности. По Hancock'у, на 219 случаевъ 183 выздоровѣли съ годной къ употребленію культей. Если вычесть 17 случаевъ, окончившихся смертью, то $^0/_0$ успѣшныхъ случаевъ равенъ 9. У Weber'а изъ 25 ти случаевъ, взятыхъ изъ старой литературы, пережилъ 21 больной; въ 2-хъ случаяхъ отмѣчены оставшіеся свищи, не мѣшавшіе пользоваться культей; въ 11-ти случаяхъ наблюдалось хорошая походка и въ 8 ми случаяхъ отмѣчено просто выздоровленіе.

У Schede изъ 531-го больного, оставшагося въ живыхъ на 596 случаевъ ампутаціи по Syme'у, въ 469-ти случаяхъ можно

говорить о функцiональномъ исходѣ; въ 12-ти исходъ былъ плохой (8—негодная культя, 4—незаживающiя фистулы).

По Paulet и Chauvel'ю изъ 100 случаевъ ампутацiи по Syme'у въ 19 излѣченiе было неполное, въ 78—полное. Изъ послѣдняго числа 41 больной былъ подъ продолжительнымъ наблюденiемъ; въ 27-ми случаяхъ походка была хороша, въ 6-ти сносна, въ 6-ти неудовлетворителъна и въ 2-хъ невозможна; 9 случаевъ неполнаго выздоровленiя дали всего 2 больныхъ съ хорошей походкой.

Изъ собранныхъ нами 110 случаевъ ампутацiй всей стопы по различнымъ способамъ (Syme'a—105 случ., Baudens—2 случ., Roux—2 случ., Moshcowicz'a—1 случ.) 7 оперированныхъ по Syme'у умерло, въ 2-хъ произведена вторичная ампутацiя, въ 1-мъ наблюдался возвратъ туберкулеза, въ 3-хъ случаяхъ наступила гангрена лоскута, въ 1-мъ сокращенiе его и въ 1-мъ длительное его нагноенiе. Въ оставшихся 95-ти случаяхъ (90 по Syme'у, 2-хъ по Baudens'у, 2-хъ по Roux и 1-омъ по Moshcowicz'у) результатъ получился болѣе благопрiятный. Больные большею частью съ протезами пользовались культями. Но годность къ употребленiю культи при этой ампутацiи нужно понимать относительно. Укороченiе въ 7 сант., костный распилъ съ чувствительной поверхностью, какъ площадь опоры при простой ампутацiи уменьшаютъ въ функцiональномъ смыслѣ достоинство получаемыхъ культей.

Резюмируя все вышесказанное, мы должны придти къ заключенiю, что культя при ампутацiи или при вылущенiи всей стопы по сильному укороченiю конечности, по неподвижности и ненадежности въ смыслѣ функцiи остающейся культи и наконецъ по сильному уродству, которое она влечетъ за собой, является наиболѣе несовершенной изъ всѣхъ ампутацiй стопы. Рѣшительнаго предпочтенiя заслуживаетъ модификацiя Moshcowicz'a, представляющая большую гарантiю безболѣзненности и выносливости культи.

Исторiя болѣзни Томской Госпитальной клиники приведена въ гл. VII подъ № 2. Здѣсь я долженъ еще добавить, что больной опирается главнымъ образомъ на внутреннюю сторону культи Moshcowicz'a, такъ какъ наружная нѣсколько болѣзненна. Онъ занимается своимъ дѣломъ (продавецъ старыхъ вещей), хотя ходитъ съ костылемъ или палкой и опираетъ тяжесть тѣла главнымъ образомъ на культю Malgaigne'я (рис. № 19).

ГЛАВА XII.

Сравнительная оцѣнка методовъ частичныхъ ампутацій стопы съ точки зрѣнія работоспособности культи.

Выше мы разобрали рядъ методовъ отнятія стопы на различныхъ ея уровняхъ. Въ настоящее время, когда мы знаемъ, что каждая часть стопы приживаетъ одинаково хорошо и можетъ дать работоспособную культю, казалось, излишнимъ было-бы говорить объ ампутаціяхъ выбора (amputationes electionis) и всѣ ампутаціи стопы должны были бы быть исключительно операціями необходимости (amputationes necessitatis). Тѣмъ не менѣе это справедливо только для ампутацій стопы по плоскостямъ перпендикулярнымъ къ ея продольной оси т. е. кпереди отъ суставной линіи Chopart'a. Здѣсь хирургъ долженъ руководствоваться только основнымъ правиломъ ампутировать какъ можно дальше отъ центра.

При ампутаціяхъ по плоскостямъ, перпендикулярнымъ къ длинной оси голени, т. е. за суставной линіей Chopart'a, условія измѣняются; стопа представляется двуплечимъ рычагомъ. При поврежденіи и заболѣваніяхъ участка, соотвѣтствующаго точкѣ опоры, культя можетъ быть образована изъ каждаго плеча; при заболѣваніи одного изъ плечъ, она можетъ быть сдѣлана изъ другого плеча, но и изъ части стопы, отвѣчающей точкѣ опоры. Такимъ образомъ изъ способовъ, удаляющихъ одну и ту же часть стопы, необходимо выбирать и этимъ путемъ создается до извѣстной степени возможность операцій выбора для опредѣленной части стопы.

Итакъ, особенно тщательной оцѣнкѣ должны подлежать ампутаціи стопы кзади отъ суставной линіи Chopart'a. Если ампутація въ линіи Chopart'овскаго сочлененія невозможна изъ за недостатка мягкихъ частей или опасна ввиду высоты свода и слабости связочнаго аппарата, то условія можно измѣнить, удаливъ таранную кость по способу Вредена—Ricard'a. Способы Кранцфельда и Faure'a отступаютъ на 2-ой планъ, будучи болѣе сложными и давая въ результатѣ менѣе работоспособную культю, несмотря на то, что укороченіе конечности при нихъ меньше. Лучшій изъ 2-хъ послѣднихъ способовъ—способъ Кранцфельда, оста-

вляющiй въ неприкосновенности подвижный голеностопный суставъ. Способъ Вредена—Ricard'а особенно хорошъ при туберкулезѣ стопы, такъ какъ при немъ удаляется самая слабая въ смыслѣ рецидива кость стопы. Дальнѣйшимъ сокращенiемъ костной основы культи при недостаткѣ мягкихъ частей является модификацiя Küster'а съ отпиломъ передней части calcanei и затѣмъ рядъ способовъ съ продольнымъ распиломъ calcanei и сохраненiемъ суставной межлодыжковой ниши (Разумовскiй, Юзефовичъ и др.). При послѣднихъ способахъ calcaneus можетъ, смотря по надобности, отпиливаться спереди поперечно. Если нижнiй суставной конецъ голени затронутъ болѣзнью, то способы эти уступаютъ мѣсто способамъ Le Fort'а, Таубера и Eiselsberg'а, дающимъ уже неподвижную культю.

При пораженiи тѣла пяточной кости, или передняго его отдѣла основная Пироговская операцiя заслуживаетъ полнаго предпочтенiя; при этомъ нужно имѣть ввиду, что величина мягкихъ частей, требующихся для лоскута при этой операцiи, меньше, чѣмъ при другихъ, и оперированная конечность длиннѣе. При пораженiи пяточной кости и цѣлости таранной и мягкихъ частей подошвы во всѣхъ случаяхъ кромѣ туберкулезнаго пораженiя хорошiй результатъ даетъ ампутацiя по Malgaigne'ю.

Вышеупомянутые способы примѣняются при пораженiи передняго отдѣла стопы, если же таковой остался невредимымъ, то при обширныхъ поврежденiяхъ и заболѣванiяхъ пятки операцiя Владимирова—Mikulicz'а должна быть поставлена на первый планъ, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ затронуты и покровы культи. Эта операцiя по высокимъ функцiональнымъ качествамъ культи, по красотѣ ея и сходству съ нормальной стопой можетъ быть поставлена на одинъ уровень съ ампутацiей по Chopart'у; при пораженiи задняго отдѣла стопы эта операцiя играетъ такую же роль въ смыслѣ полезности, какъ и ампутацiя по Chopart'у при пораженiи передней.

При цѣлости одного тыла стопы съ успѣхомъ можетъ быть примѣнена ампутацiя Левшина-Спасокукоцкаго и, наконецъ, при поврежденiи всего скелета стопы, ампутацiя всей стопы съ лоскутомъ изъ оставшихся мягкихъ частей стопы. Предпочтенiе нужно отдавать подошвенному лоскуту, и костный конецъ голени долженъ быть прикрытъ пластическимъ путемъ по Moshcowicz'у. Но встрѣчаются случаи, гдѣ оставшiяся невредимыми части стопы

позволяютъ сдѣлать ампутацію по 2-мъ способамъ и тогда приходится выбирать, напр. между ампутаціей по Malgaigne'ю и Тауберу или Malgaigne'ю и Левшину-Спасокукоцкаго или наконецъ Левшину-Спасокукуцкому и Eiselsberg'y и т. д.

Въ такихъ случаяхъ нужно имѣть ввиду слѣдующія основныя положенія. Самой лучшей должна считаться культя съ подвижнымъ скелетомъ и съ естественной подошвой или костно-пластическимъ лоскутомъ; если таковая не можетъ быть образована, то ее съ успѣхомъ можетъ замѣнить культя съ подвижной хрящевой опорной площадью и подошвеннымъ лоскутомъ. Если и такую культю получить не представляется возможнымъ, то ее замѣняютъ костно-пластической неподвижной культею съ подошвеннымъ лоскутомъ, а при невозможности получить подошвенный лоскутъ—такою же культею съ тыльнымъ лоскутомъ и наконецъ подошвеннымъ лоскутомъ изъ однихъ мягкихъ частей; конечно укороченіе конечности тоже должно быть принято во вниманіе; другими словами, располагая культи послѣ главнѣйшихъ ампутацій стопы сзади сустава Chopart'а въ нисходящемъ порядкѣ по функціональнымъ ихъ достоинствамъ, мы вначалѣ должны поставить культи Владимирова-Mikulicz'а и Вредена-Ricard'a, затѣмъ Küster'a, Юзефовича, Разумовскаго, затѣмъ Malgaigne'я, затѣмъ Пирогова, Le Fort'a, Таубера, далѣе Левшина – Спасокукоцкаго и наконецъ, Moshcowiz'a.

Въ одномъ представившемся намъ случаѣ (№ 2 въ IV гл.), гдѣ были обморожены обѣ стопы, на одной сторонѣ была произведена ампутація по Lisfranc'у, на другой сторонѣ невредимыми остались тыльный лоскутъ до средины метатарзальныхъ костей и подошвенный лоскутъ ввидѣ стремени шириной въ 12 сантиметровъ. Задняя половина пятки была разрушена, и пяточная кость торчала изъ раны почернѣвшимъ секвестромъ. Передняя часть стопы съ пальцами омертвѣла. Представлялась двоякая возможность: образовать костно-пластическую культю съ тыльнымъ лоскутомъ по методу Левшина-Спасокукоцкаго или сдѣлать подтаранное вылущеніе съ внутренне-подошвеннымъ лоскутомъ. Я предпочелъ сдѣлать вторую ампутацію, потому что подвижная безболѣзненная культя Malgaigne'я съ привычнымъ подошвеннымъ лоскутомъ и незначительнымъ укороченіемъ доставляетъ своему обладателю, конечно, больше удобствъ, чѣмъ неподвижная культя Спасокукоцкаго съ большимъ укороченіемъ конечности и тыльнымъ лоскутомъ, которому еще предстоитъ приспособляться.

Въ другомъ случаѣ обмороженiя же стопы гангрена оставила цѣлымъ внутренне-подошвенный лоскутъ съ нижней частью пяточной кости и таранную кость. Кожа задней части пятки была повреждена, равно какъ и вся передняя стопа съ пальцами. Представлялась двоякая возможность: сдѣлать подтаранное вылущенiе съ внутренне-подошвеннымъ лоскутомъ или костно-пластическую ампутацiю по Разумовскому. Конечно, я предпочелъ 2-ой способъ, потому что культя Разумовскаго, будучи подвижной, какъ культя Malgaigne'я, въ тоже время даетъ гладкую площадь опоры изъ мягкихъ частей стопы, находящихся въ естественномъ соединенiи съ костью, что конечно лучше неровной хрящевой площадки нижней поверхности таранной кости; кромѣ того при операцiи Разумовскаго гораздо меньше опасности анкилоза и связаннаго съ нимъ нарушенiя функцiи. При операцiи обнаружилось, что голено-стопный суставъ поврежденъ и это обстоятельство сразу исключило оба упомянутые способы, выдвинувъ на первый планъ способъ Таубера.

Въ 3-мъ случаѣ, гдѣ было туберкулезное пораженiе голеностопнаго сустава, передняго конца пяточной, ладьевидной и кубовидной костей и существовали многочисленные свищи подъ лодыжками, представлялась возможность сдѣлать операцiю Пирогова и Владимирова—Mikulicz'а; я предпочелъ 2-й способъ, такъ какъ онъ, не смотря на большiй срокъ, требующiйся для выздоровленiя и большiй процентъ неудачныхъ случаевъ, даетъ культю, стоящую по своимъ функцiональнымъ качествамъ выше Пироговской и болѣе похожую на нормальную стопу.

Для болѣе нагляднаго сравнительнаго сужденiя о достоинствахъ различныхъ способовъ, я счелъ нужнымъ представить оцѣнку главнѣйшихъ изъ нихъ съ точки зрѣнiя функцiональныхъ достоинствъ ввидѣ таблицы; при этомъ нужно оговориться, что статистическiя данныя о функцiональномъ исходѣ нужно принимать съ большой осторожностью, ввиду того, что общаго объективнаго мѣрила для обозначенiя степени годности ампутацiонной культи у авторовъ, описывающихъ случаи изъ своей практики не имѣется. Одинъ за хорошiй исходъ считаетъ возможность исполнять всѣ работы, которыя больной исполнялъ до болѣзни, другой—возможность ходить по многу безъ протеза въ обуви и босикомъ, третiй—возможность ходить съ протезомъ и палкой и даже костылемъ и т. д. Кромѣ того въ большихъ отчетахъ, о функцiи той или другой культи авторы иногда выражаются весьма кратко, напр.: „хорошiй" или „плохой" исходъ или „выздоровленiе" и т. п., не поясняя этихъ опредѣленiй болѣе подробно. Относительно многихъ способовъ особенно новѣйшихъ извѣстно въ литературѣ слишкомъ мало случаевъ, чтобы можно было статистически судить объ ихъ функцiи.

Название способа.	Amputatio metatarsea.	По Lisfranc'y	По Chopart'y.	По Вредену-Ricard'y и Küster'y.	По Malgaigne'ю.	По Quimby, Юзефовичу, Разумовскому.	По Пирогову Le Fort'y Тауберу и Eiselsberg'y.	По Владимирову—Mikulicz'y.	По Левшину-Спасокукоцкому.	По Syme'y, Roux и Baudens'y, Ollier, Moshcowicz'y.
Число случаевъ съ извѣстнымъ функціональнымъ исходомъ.	21	23	97	15 (13—2)	19	4 (1-2-1)	188 (166-21—1)	104	3	108 (94-13—1)
% неудачныхъ въ смыслѣ функціи случаевъ.	0	0	5,2	0	5,2	0	0	2,8	0	0 почастовстрѣчается болѣзнен. культя.
Число случаевъ, бывшихъ въ моемъ распоряженіи.	10 (2 двустороннихъ).	4	6 (1 по Абражанову).	1 — не прослѣженъ до конца.	4	— — 2 1) recid. tbc. 2) не просл. до конца.	7— —	8 (3 ортопедическихъ модификаціи).	1 двусторонній	— — 1
Характеръ окончанія культи.	естественная подошва	Тоже.	Тоже.	Тоже.	Хрящевое оконч. костяка и подошвенный лоскутъ.	костнопластическій подошвенный лоскутъ.	Тоже.	естественная подошва.	костнопластическій тыльный лоскутъ	костный распилъ или хрящъ и надкостница и подошвен. или пяточный лоскутъ.
Величина площади опоры культи.	Почти вся культя	Тоже.	41 кв. с.	41 кв. с.	28 кв. с.	18—32 кв. с. (?)	18—41 (?) кв с	33 кв. с.	23 кв. с.	—21 кв. с.
Укороченіе конечности.	0	0	0	3 сант.	1½ сант.	3 сант.	2½—5 сант.	0	4 сант.	7 сант.
Подвижность культи.	По всѣмъ осямъ.	Тоже.	Сгибаніе подошвенное и тыльное. Отведеніе, приведеніе и ротація въ незначительной степени.	Тыльное и подошвенное сгибаніе.	Сгибаніе тыльное и подошвенное. Незначительное отведеніе и приведеніе.	Тыльное и подошвенное сгибаніе	Неподвижная культя.	Тыльн. и под. сгибаніе. Въ ортоп. модификаціяхъ кромѣ того комбиниров. боковыя движенія.	Неподвижная культя.	Тоже.

Для сравнительнаго нагляднаго сужденiя объ измѣненiяхъ скелета при частичныхъ ампутацiяхъ стопы, мы помѣстили всѣ Рентгеновскiе снимки, встрѣчающiеся въ данной работѣ въ таблицахъ, помѣщенныхъ въ концѣ книги.

Въ заключенiе считаю нужнымъ систематизировать клиническiй матерiалъ, легшiй въ основу данной работы.

Всего въ моемъ распоряженiи было 38 случаевъ, изъ которыхъ 9 съ двусторонней ампутацiей; въ общемъ, слѣдовательно, 47 культей; лично мною изслѣдовано 28 культей. Изъ 38 случаевъ было 10 съ ампутацiей метатарзальныхъ костей (2-двустороннихъ и въ одномъ на другой стопѣ ампутацiя по Абражанову); 4—съ ампутацiей стопы по Lisfranc'у, причемъ въ 1-мъ случаѣ на другой стопѣ была произведена ампутацiя по Chopart'у, въ 2-мъ по Malgaigne'ю и въ 3-мъ по Пирогову; кромѣ двухъ упомянутыхъ (по Chopart'у и Абражанову) имѣлось еще 4 случая съ ампутацiей по Chopart'у; 1 случай—ампутацiи по Вредену-Ricard'у; кромѣ одного вышеупомянутаго—еще 3 случая ампутацiи по Malgaigne'ю; изъ нихъ въ 1-мъ случаѣ на другой стопѣ—ампутацiя по Пирогову, въ другомъ—по Moshcowicz'у. Кромѣ 2-хъ выше упомянутыхъ—5 случаевъ ампутацiи по Пирогову, 2 случая ампутацiи по Разумовскому; 8—по Владимирову—Mikulicz'у; одна двусторонняя по Левшину—Спасокукоцкому.

Разматривая матерiалъ, изслѣдованный мною лично, я могу сказать, что лучшiя культи были у больныхъ съ ампутацiей метатарзальныхъ костей. Эти культи прекрасно служили своимъ обладателямъ ни въ обуви, ни даже безъ нея, ничѣмъ почти не отличаясь отъ нормальныхъ стопъ. То же можно сказать и про культи Lisfranc'а, изъ которыхъ одна была въ положенiи pes valgus, другая—pes varus; изъ двухъ культей Chopart'а и одной Абражановской, 1 была анкилозирована въ голеностопномъ суставѣ и служила своему обладателю, какъ неподвижная; она была хорошей опорой, но оперированный принужденъ былъ заносить въ сторону ногу съ этой культей при ходьбѣ и хромалъ поэтому на здоровую ногу; 2-ая культя—типичная свѣжая культя Chopart'а съ легкимъ запрокидываньемъ—прекрасно служила своей обладательницѣ; такъ же хороша культя Абражанова, но больной, у котораго на другой ногѣ ампутированы метатарзальныя кости явно предпочитаетъ эту вторую культю и слегка щадитъ 1-ую.

Культя Вредена-Ricard'a обѣщала прекрасный функціональный результатъ, но къ сожалѣнію, ея обладатель взятъ въ тюрьму и наблюденіе не доведено до конца; тоже можно сказать и про культю Разумовскаго, которую пришлось отнять по причинѣ возврата туберкулеза; изъ 8 ми культей Владимирова—Mikulicz,a 5 было съ низкимъ уровнемъ распила, 3 съ высокимъ изъ ортопедическихъ цѣлей. Среди нихъ 3 были въ полномъ смыслѣ слова превосходны, онѣ совершенно заставляли забывать объ уродствѣ, такъ какъ сохранившiеся пальцы дѣлали походку въ высокой степени плавной и эластичной. Въ одномъ случаѣ довольно сильная ненормальная подвижность, заставляла больную сильно хромать, дѣлая безъ протеза походку затруднительной; и въ одномъ прекрасная культя не могла быть использована изъ за рецидива туберкулеза въ колѣнѣ.

Пироговскія культи служили своимъ обладателямъ, какъ идеальныя подставки; лучшая изъ нихъ съ подвижнымъ отрѣзкомъ пяточной кости. Но больной съ двусторонней ампутаціей по Пирогову и Lisfranc'y, отдавалъ полное предпочтеніе 2-ой культѣ, а съ ампутаціей по Пирогову и Malgaigne'ю при ходьбѣ пользовался больше культей Malgaigne'я. Культи Malgaigne'я прекрасно исполняли свою функцію и для ходьбы могутъ быть поставлены выше всѣхъ неподвижныхъ культей, какимъ бы способомъ послѣднія ни были образованы. Больной съ ампутаціей по Malgaigne'ю и Lisfranc'y мало чѣмъ по походкѣ отличается отъ здороваго, тогда какъ, ампутированный по Пирогову—Lisfranc'y, пользуется главнымъ образомъ культей Lisfranc'a, припадая на нее и занося Пироговскую культю.

Больной съ культями Левшина—Спасокукоцкаго прекрасно пользуется ими, почти не хромая, но при помощи палки; по трудоспособности эти культи немного хуже Пироговской съ подвижнымъ отрѣзкомъ пяточной кости.

Культя Moshcowicz'a вышла наименѣе удачной изъ за болѣзненности ея наружной части. Больной ходитъ, опираясь на костыль и пользуясь главнымъ образомъ культей Malgaigne'я. Разсматривая наши случаи съ двусторонними ампутаціями стопы, мы можемъ отмѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, хотя бы на одной ногѣ сохранилась достаточная площадь опоры, устойчивость не только при ходьбѣ, но и при стояніи получается весьма значительная.

Наши больные съ ампутацiей metatarsi и Lisfranc'а, не смотря та то, что другiя стопы ампутированы по менѣе консервативнымъ способамъ, вплоть до Пирогова, свободно и долго могутъ стоять и сохраняютъ способность къ сложнымъ и сочетаннымъ движенiямъ. Это вполнѣ понятно, такъ какъ въ такихъ случаяхъ тѣло имѣетъ самое меньшее 3 точки опоры (3 или 2 въ большей культѣ и одну въ меньшей). Но когда и 2-я стопа ампутируется позади состава Chopart'а, тѣло принуждено опираться на 2 точки опоры и переходитъ въ состоянiе неустойчиваго равновѣсiя.

Больные съ ампутацiей по Malgaigne'ю—Пирогову, по Malgaigne'ю Moshcowiczy и съ двусторонней ампутацiей по Левшину-Спасокукоцкому, держатся на своихъ культяхъ менѣе устойчиво. Однако привычка сохранять равновѣсiе вырабатывается быстро и они не только могутъ стоять на своихъ небольшихъ опорныхъ площадяхъ, но даже не надолго становиться, какъ больной съ ампутацiей по Левшину—Спасокукоцкому, на одну ногу. Послѣднiй больной имѣетъ опорную площадь меньше чѣмъ у всѣхъ другихъ—42 кв. с. на обѣихъ ногахъ.

Заканчивая свою работу, считаю своимъ долгомъ принести искреннюю благодарность глубокоуважаемому Профессору Платону Ивановичу Тихову за выборъ темы и руководительство при ея разработкѣ. Приношу также благодарность доктору Сергѣю Квинтилiановичу Софотерову за изготовленiе большей части Рентгеновскихъ снимковъ.

ЛИТЕРАТУРА.

Глава I.

Gurlt. Geschichte der Chirurgie. 1898. Bd. III.

Schede. Allgemeines über Amputationen, Exarticulationen und künstliche Glieder. Pitha—Billroth. Handbuch der allg. und spec. Chirurgie. Bd. II.

Sprengel. Geschichte der Chirurgie. Halle. 1805.

Farabeuf. Précis de manuel opératoire. Paris. 1885.

Paulet et Chauvel. Dictionnaire enc. des sciences méd Pied. 1885.

Delorme. Nouveau dictionnaire de médicine et de chir. prat. Pied. 1879.

Linhart. Compendium der chirurgisch. Operationslehre. 1862.

Lisfranc. Précis de médecine opérat. 1846. t. II.

Пироговъ. Начала общей военно-полевой хирургіи. Дрезденъ. 1866.

Velpeau. Nouveaux éléments de médicine opératoire t. II (по Lisfranc'у).

Schede. Ueber partiellen Fusamputationen. Sammlung klin. Vorträge 1874. Lief. 72—73.

Szymanowski. Kritik der partiellen Fussamputationen. Archiv f. klin. Chirurg. 1867. Bd. I.

Helferich. Ueber die Zulässigkeit der Chopartschen Exarticulationen. Archiv. f. klin. Chirurg. 1889. Bd. XXXIX.

Buchholtz. Ueber Verbesserung von Exarticulationsstumpfen. Diss. 1885. Greifswald (по Helferich'у).

Godfroy. L'arthrodèse tibio tarsienne etc.Bullet. de l'Acad. de méd. (по Virchow's Jahresbericht. 1893).

Абражановъ Видоизмѣненная операція Chopart'a. Русск. хир. Архивъ. 1895 кн. IV.

Вреденъ. Новый способъ частичной ампутаціи стопы. Хирург. Лѣтопись. 1895. кн. VI.

Laguaite De l'ablation de l'astragale etc. Lyon méd. 1896 p. 226.

Протоколы засѣданій русск. хир. общества Пирогова. 1892—93 годъ.

Malgaigne. Manuel de médicine opératoire. 1874. t. I.

Lossen. Verletzungen der unteren Extremitäten. Deutsche Chirurgie. 1880. Lief. 65.

Пироговъ. Osteoplastische Verlängerung des Unterschenkels bei Exarticulationen des Fusses. Klin. Chirurgie. 1854. H. I.

Hancock. A course of lectures on the anatomie and surgerie of the human foot. Lancet. 1886. V. II.

Le Fort. Amputation osteopl. tibio-calcaneenne etc. Gazette hebd. de médicine. 1873. № 75 и Bullet. de l'Academ. de méd. 1873. № 44. По V. J. 1873.

Nasse und Borchardt. Verletzungen und Erkrankungen des Fussgelenkes und Fusses. Въ Handbuch der praktisch. Chir. Bergmann, Bruns und Mikulicz.

Сабанѣевъ. Amputatio sub talo osteoplastica. Русск. хир. Арх. 1894. № 1.

Barton. Tripier's amputation of the foot. Lancet. 1883. v. I. По V. J. 1883.

Chaput. Amputation intracalcaneenne horisontal etc. Bull. de la soc. de Chir. 1889. По V. J. 1889.

Bauer. Amputatio sub talo. Centralblatt f. Chir. 1896. № 46.

La Bonnardière. De la desarticulation tibio-tarsienne avec lambeau talonnier etc. Revue de Chir. 1896.

Moshcowicz. Ein Modification der Syme'schen Amputation. Centralbl. f. Chir. 1904. № 19.

Тауберъ. Новый способъ костно-пластической ампутацiи голени и крит. оцѣнка способ. другихъ авторовъ. Врачъ 1886. № 5.

Eiselsberg. Ueber eine osteoplast. Amputation des Fusses. Wien. klin. Wochenschr. 1886. По V. J. 1889.

Kranzfeld. Eine neue osteoplast. Amputationsmethode am Fusse. Centralbl. f. Chir. 1890. № 20.

Faure. Sur une nouvelle amputation ostéoplast. etc. Presse médic. 1897. № 13.

Разумовскiй. Остеопластическая ампутацiя стопы и т. д. Врачъ. 1889. № 13.

Kofmann. Eine Modifikation der Pirogoffschen Fuss-amputation etc. Centralbl. f. Chir. 1897. № 23.

Samphirescu et Solomovici. Nouvelle opération ostéoplast. etc. Revue de Chir. 1897. № 2.

Küster. Ein zweckmässiger Ersatz der Opération Le Fort's. Festschrift zur 100—jährig. Stiftungsfeier des med. Fr. W. Institut. 1895. По Hildebrandt's Jahresbericht.

Patel. De la conservation de la mortaise tibio-peronière etc. Lyon méd. 1900. № 19.

Brissart. Sur les opérations économiques du pied. Thèse de Paris. 1901. По Centralbl. f. Chir. 1901. № 43.

Владимировъ. Нѣсколько новыхъ остеопластическихъ ампутацiй на нижней конечности. Диссерт. 1872. Казань.

Костаревъ. Лѣтопись хир. общества въ Москвѣ. 1873 г.

Савостицкій. Тамъ же.

Monastyrski. Zur steuer der Wahrheit etc. St. Petersburg. medic. Wochenschr. 1886. № 2.

Склифосовскій. Лѣтопись хир. общества въ Москвѣ. 1882.

Dombrowski. St. Petersbnrg. medic. Wochenschr. 1886. №№ 1 и 2.

Miculicz. Zur Prioritätsfrage der osteoplast. Resection am Fusse. Arch. f. clin. Chirurgie. Bd. XXXIII.

Korgeniowski. 6 Fälle von Resection des Fusses nach W.-M. Przeglad. chir. Bd. I. H. I. По V. J. 1893.

Jaboulay et Laguaite. Nouveau procédé pour pratiquer l'amputation etc. Lyon méd. 1889. № 11.

Lotheissen. Eine Modification der osteopl. Fussresection etc. Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. XVIII. По V. J. 1897.

Ollier. Traité de resections. 1891. t. III.

Kummer. Besection du tarse posterieure. Revue de Chir. 1891. № 2.

Zoege v. Manteuffel. Ein Beitrag zur Technik und Casuistik dez Fussresection etc. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1888. № 2.

Gutsch. Ueber die Erweiterungsfähigkeit der Grenzen etc. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXXIV.

Зябловъ. Нѣсколько словъ по поводу Владимировской операціи. Хирургія 1903 г. прилож. къ Т. XIV.

Caselli. La riforma medica. 1886. № 25.

Samter. Ueber die Bedeutung der osteopl. Resection etc. Archiv f. clin. Chirurg. Bd. XLV.

Kummel. Centralbl f. Chirurg. 1889. № 29.

Negretto. Jbidem. 1896. № 26.

Levschin. Ueber eine neue Methode der osteoplast. Verlängerung der Unterschenkels etc. Archiv f. klin. Chir. Bd. LV.

Tanaka Kiichi. Einige neue Modificationen etc. Inaug. Diss. 1902. По Hildebrandt's J. 1902.

Спасокукоцкій. Костная пластика при ампутаціяхъ конечностей. Диссерт. 1898. Смоленскъ. Хирургія. 1897. № 9 и Лѣтоп. хир. общества въ Москвѣ 1897. № 2.

Войно. Новый способъ остео-пластической операціи на стопѣ. Протон. кавказск. мед. общества. 1900 г. № 20.

Keetley. Annals of surgery. v. VI. и VIII.

Rydygier. Eine neue Indication zur W.-M. Operation. Archiv f. klin. Chirurg. Bd. XLI.

Bogdanik. Eine dermo-plastische Fussamputation. Wien. Presse. 1890. По V. J. 1890.

Schinzinger. Die Osteo-dermo-plastische Fussamputation. Ibidem.

Niché. Alfons. Eine neue Indication und Modification etc. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XLIX.

Матвѣевъ. Новое видоизмѣненie остеопластическаго отнятiя голени по способу Пирогова. Хир. Лѣтопись 1893. кн. № 2.

Глава II.

Lorenz. Die Lehre vom erworbenen Plattfusse. Stuttgart. 1983. По Кадьяну.

Luschka. Die Anatomie der Glieder der Menschen. Tübingen. 1865.

Aeby. Der Bau der menschlichen Körpers. 1868.

Schymanovski. l. c.

G. Meyer. Die Statik und Mechanik des menchl. Knochengerüstes. 1874.

„ Lehrbuch der physiolog. Anatomie. 1856.

Henle. Grundriss der Anatomie des Menschen. 1883.

Кадьянъ. Матерiалы къ изученiю архитектуры стопы. Дисс. С-Петербургъ 1884.

Гиртль. Руководство къ анатомiи человѣческаго тѣла. Пер. съ нѣм. 1879.

Hancock. l. c.

Лесгафтъ. О соединенiи костей между собой. Петерб. 1882.

Volkmann. Болѣзни органовъ движенiя. Руков. Pitha—Billroth.

Tillaux. Traité d'Anatomie topographique. 1883.

H. Virchow. Ueber der Skelet eines wohlgebildetes Fusses. Arch. f. Anatom. und Phys. (A. Abth) 1/2 1907. V. J.

„ Ueber die Dicke der Weichtheile an der unter. Seite des Fusses beim Stehen etc. Ibidem. 1901 г.

Beely. Zur Mechanik des Stehens. Archiv f. klin. Chirurg. XXVII. По Кадьяну.

Muskat. Beitrag zur Lehre vom menschl. Stehen. Arch. f. Physiol (Ph. Abth.) 1900. По V. J.

Br. Weber. Mechanik der menschlihcen Gewerkzeug. По Кадьяну.

G. Meyer. Die wechselnde Lage des Schwerpunktes etc. 1863. по Кадьяну.

Harless. Lehrbuch der plast. Anatomie. 1876. По Кадьяну.

Vierordt. Grundriss der Physiolog. des Menschen 1877.

Langer. Ueber das Sprunggelenk der Säugethiere und des Menschen. Denkschr. der Kaiserl. Akad. der Wissensch. 1886. По Ячмонину.

Hüter. Klinik der Gelenkkrankheiten. 1877. t III.

Henke. Handbuch der Anatomie und Mechanik der Gelenke. 1863.

Пироговъ. Anatomia topographica. Petrop. 1859. По Ячмонину.

Sappey. Traité d'anatomie descriptive. 1851. t. I.

Ячмонинъ. О механизмѣ голено-стопн. сустава. Дисс. С-Петербургъ. 1883.

Fischer. Der Gang des Menschen. По V. J. 1901 г.

Fränkel. Kinematographische Uutersuch. des normalen Ganges. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. XX. 1908.

G Mayer. Statik und Mechanik des menschl. Fusses nach neuen Untersuchungen. Jena. 1886. V. J.

Глава III.

Larrey. По диссертаціи Спасокукоцкаго.

Volkmann. Pitha und Billroth.

Ollier. l. c.

Schede. l. c.

Bier. Ueber Amputationen und Exarticulationen. Sammlung klin. Vorträge. № 274.

Farabeuf. l. c.

Guterbock. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. XVII.

Спасокукоцкій. Диссертація.

Bunge. Weitere Beiträge zur Frage der Tragfähigkeit etc. Centralbl. f. Chirurg. 1901. № 29.

Hildenbrandt. Ueber Amputationsstumpfe. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LI. H. I—II.

Crainer. Klinische Bericht uber 96 Diaphysenstümpfe etc. Arch. f. Orthoped. Mechanotherapie und Unfallchir. Bd III. H. 2. По Centralbl. f. Chir. 1905.

Habs. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. XL} По диссертаціи

Ritschl. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd XI} Спасокукоцкаго.

Reich. Nachuntersuchungen über Amputationsstümpfe etc. Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. L.

Marchand. Wundheilung. Deutsche Chirurgie. Bd. XVI.

Langer. Ueber v. Bruns'sche Unterschenkelamputationen etc. Wiener med. Wochenchr. 1899. №№ 48—49. По Reich'y.

v. Steiger. Beitrag zur Frage der Tragfähigkeit von Amputations stümpfen etc. In. Diss. Bern. 1903. По Reich'y.

Murphy. A study of amputations of the lower Extremity. Divis. of surg. of the med. school of Harvard Univ. Sept. 1904. По Beich'y.

Глава IV.

Galzin. Resultats anat. et fonct. d'une resection etc. Revue de chirurgie. XXXII. p. 342.

Küster. Eine neue Amputationsmethode etc. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXXI.

Szymanowski. l. c.

Farabeuf. Recherches anat. et. stat. sur les amputations du pied. Bullet. et mém. de la soc. de Chir. 1881. По V. J. 1881.

Nimier. De l'amputation des quatre derniers métatarsiens. Arch. gener. Mars. 1893.

Heath. Med. Times and Gazette. 1880. V. II.

Hugo Smidt. Orvosi Hetilap. 1882. По Centralbl. f. Chirurg. 1882.

Spengler. Ueber Fussgelenk und Fusswurzeltulberkulose. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. XLIV.

Отчетъ хир. отдѣленія больницы бр. Бахрушиныхъ. 1905.

Отчетъ факультет. хирург. клиники Боброва за 1895—99 г.г.

Отчетъ клиники Склифосовскаго за 1884—93 г.г.

Farabeuf. Précis etc. l. c.

Lisfranc l. c.

Paulet et Chauvel. l. c.

Войно. l. c.

Глава V.

Szymanowski. l. c.

Gorhan. Partielle Fussamputationen. Wien. med. Presse. 1886 По V. J. 1886.

Cathcart. Artificial legs. Part. I. 1888. По V. J. 1888.

Tenderini. Lo Sperimentale. 1880. settembr. По V. J. 1880.

Hugo Smidt. l. c.

Jahn. Weitere Beiträge über die Amputationen am Fusse. In.-Diss. 1886. V. J. 1886.

Plessing. Zur Casuistik der Exarticulation pedis nach Lisfranc. Jn. Diss. 1891. Berlin. V. J. 1891.

Rioblanc. Ecrasement de deux pieds etc. Lyon méd. 1897.

Masse. Bull. de Chirurg. Séance du 13 Avr. 1904. По H. I.

Should. Partial foot amputation etc. Edinb. journ. v. 32. V. I. 1888.

Wolf. Die in den Jahren 1885—1890 in den chir. Klinik zu Greifswald etc. Jnaug.-Dissert. Greifswald. 1890. V. J. 1890.

Склифосовскій. Отчетъ l. c.

Спасокукоцкій. Дисс. l. c.

Студенскій. Оперативная хирургія. 1888.

Глава VI.

Larger. Des causes de la déformation du moignon à la suite des amputation etc. Revue mens. de méd. et de chir. 1880. № 9.

Szymanowsky l. c.

Schede l. c

Schneider. Beschreibung eines Exarticulationsstumpfes etc. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXII.

Paulet et Chauvel. l. c.

Farabeuf. l. c

Lapointe. L'amputation de Chopart. Revue de Chirurg. 1901. №№ 2 и 3.

Albert. Chopart'sche Enucleation etc. Wien. Med. Presse. 1875.

Guerin. Sur une cause de la déformation etc. Gaz. des hôpit. 1876. № 95.

Gueterbock. Ueber die in den Jahren 1875—75 in den Kranken Anstalt Bethanien etc. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XXII.

Queste. Des indications et coutreindications de l'amputation partielle etc. Gaz. des hôpit. 1879. № 5.

Rudnik. Ueber eine gleichzeit. primäre Doppelamputation etc. Allgem Wien. med. Zeit. V. J. 1879.

Bouchez. Ecrasement du pied etc. Rec. de mémoires de médic. de chir. etc. 1880. № 1.

Tenderini. l. c.

Schinzinger. l. c.

Bogdanik. l. c.

Sourier Gangrène sénile du pied etc. Gaz. des hôpit. 1881. № 122. V. J. 1881.

Smidt Hugo. l. c.

Jahn. l. c.

Dwyer. Die Amputationen in der Contiguität und Continuität Fälle etc. Jnaug. Diss. 1886. Würzburg.

Murdoch. Chopart's Amputation. Americ. Medical News. 1887. № 3. V. J. 1887.

Millroy. Amputation through the mediotarsal artic. Glasg. journ. 1889. March. V. J. 1889.

Berger. Amputation mediotarsienne etc. Bull. de la Soc. de Chir. 1889. p. 646. V. J. 1889.

Essen. Die Amputation und Exartic. der chirurg. Klinik etc. Deutsch. Zeitschr. f Chirurg. Bd XXXI.

Schrade. Die Amputation und Exartic. der Heidelberg. Klinik etc. Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. VII. V. J 1891.

Godefroy. L'arthrodèse tibio-tarsienne, faite en même temps que l'amput. de Chopart etc. Bull de l'Acad. de med. 1893. № 9. V. J. 1893.

Verdelet. Désarticulation de Chopart etc. Journ. de médic. de Bordeaux 1901. № 8. H. J. 1901.

Glazerbrook. Report of one hundred single major amputations etc. Med. News. 1891. Jan. 17. V. J. 1891.

Склифосовскій. l. c.

Buchholtz. l. c.

Helferich l. c.

Абражановъ. l. c.

Widmer. Beiträge zur Kentniss und Beurtheilung der Amputatio talo-calcanea etc. Iuaug. Diss. 1882. Zurich. V. J. 1882.

Протоколы зас. русск. хир. Общ. Пирогова. 1892—93 годъ.

Spengler. l. c.

Спасокукоцкiй. дисс. l. c.

Duret. Amputation ostéoplastique du pied etc. Arch. provin. 1905. № 11. V. J. 1905.

Autenrieth. Ueber die functionelle Resultate der Chopart'schen Fuss-exartic. Inaug.-Diss. Strasbourg. 1891. По Lapointe.

Студенскiй. l. c.

Cathcart. l. c.

Gorhan. l. c.

Ercolo Sacchi. La Riforma medica. 1894. t. III. По Lapointe.

Guelliot. Union méd. du Nord-Est. 1897. 30 Iann. По Lapointe.

Samphirescu. Opérations nouvelles ostéoplastiques. 1091 и Revue de chir. 1897. № 8.

Faure. l. c.

Tripier. Etude sur l'amputation de Chopart etc. Thèse de Lyon. 1879. По Lapointe.

Chaput. l. c.

Barton. l. c.

Hayes. Tripier's amputation of foot. British med. journ. 1882. V. J. 1882.

Kranzfeld. l. c.

Вреденъ. l. c.

Küster. l. c.

Ricard. Bull. de la soc. de chir. 1897. По Lapointe.

Quimby. По Schede. l. c.

Разумовскiй. l. c.

Mougeud de saint Aird. Des amputations économiques du pied. Thèse de Paris. 1904. По H. J. 1904.

Brissard. Sur les opérations économiques du pied. Thèse de Paris. 1901. По Centralbl. f. Chirurg. 1901. № 43.

Souligoux. Notes sur les amputations économiques du pied. Revue de chirurg. XXXIV. 1906.

Глава VII.

Farabeuf. l. c.

Романовскiй. Подтаранное вылущенiе. Дисс. 1875. Москва.

Linhart. l. c.

Perrin. Sur la valeur clinique de l'amputation sous-astragalienne. Bullet. be l'Acad. de med. 38 Année. 1874. V. J. 1874.

Risel. Drei Fälle von Amputatio sub talo etc. Deutsche med. Wochenschr. 1879.

Ashhurst. Subastragaloid amputation of the foot. Med. and surg. Reporter. 1881. Now. V. J. 1881.

Larger. l. c.

Saltsmann. Ett fal af dubbelsidig exarticulatio sub talo Malgaigne. Finska läk. Sallsk. 1883. Bd. XXIII. V. J. 1883.

Ieanel. Traumatisme et états constitionels etc. Gaz. méd. de Paris. 1886. № 13 V. J. 1886.

Spengler. l. c.

Студенскій. l. c.

Marlier. De l'amputation sousastragalienne. Gaz. hebdom. 1880.

Bauer. Amputatio sud talo. Centralbl. f. Chir. 1897. № 23.

Dubujadoux. Quattre amputations sous - astragaliennes. Bull. de chir. seance de 24 Iuill. 1901 г.

Тиховъ. Туберкулезъ костей и суставовъ. 1909.

Онъ-же. О резекціи голеностопнаго сустава и т. д. Дисс. Казань. 1897.

Volkmann. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XIV.

Delorme. l. c.

Ячмонинъ. l. c.

Malgaigne. l. c.

Chauvel. Mém. de Soc. de Chir. 1873. t VII. По Farabeuf'у.

Березнеговскій. О функціональныхъ результ. при частичныхъ одно и двустороннихъ амп. стопы. Медиц. Обозрѣніе. 1905. № 1.

Глава VIII.

Пироговъ. l. c.

Malgaigne. l. c.

Paulet et Chauvel. l. c.

Schede. l. c.

Levis. Pirogoff amputation of the ankle etc. Philad. medic. and surg. Report. 1875. Dec. По V. J. 1875.

Schoemacker. Modificirtes Verfahren fur die osteoplast. Verlängerung etc. Arch. f. klin. Chir. Bd. XVII.

Wolf. l. c.

Roman und Klopfer. Zur Amputationsstatistik. Beiträge zur klin. Chirurg. Bd. VI. V. J. 1890.

Gueterbock. l. c.

Marcacci. Lo Sperimentale. 1876. p. 475. По V. J. 1876.

Dittel. Der A—jour Verband bei der osteoplast. Operationen etc. Wien. med. Wochenschr. 1877. s. 361. V. J. 1877. и 1884. № 28. V. J. 1884.

Sédillot. Resection tibio-calcaneenne. Compt. rendus de l'Academie de Scienses. 1879. t. 86. № 7. V. J. 1879.

Rudnik. l. c.

Gallazi. Il Morgagni. 1878. Nov. et Dec. V. J. 1878.

Motz. Rec. de mémoir. de méd. etc. 1880. № 1. V. J. 1880.

Jahn. l. c.

Bibelje. Bericht. uber die in den letzten zehn Jahren in der Hall. chir. Klin. ausgeführt. Amput. etc. Jnaug.-Diss. Halle. 1886. V. J. 1886.

Schiel. Austral. med. journ. 1888. V. J. 1888

Brummer. Ein Fall von Gangrän etc. Milit. ärzt. Zeitschr. 1891. № 6. V. J. 1891.

Collins. A case of Pirogoff amputation. Lancet. 1897. V. II.

Kern. Anatomische Untersuch. Pirogoffschen Amputationsstümpfe. Beiträge zur. klin. Chir. Bd. XXV. V. J. 1898.

Marburg. Ueber 45 osteoplast. Amputationen nach Pirogoff. etc. Jnaug. Diss. München. 1902. H. J. 1902.

Girszlowt. Ueber die Pirogoffsche Amputationsmethode. Denkschr. d. Warsch. ärztlich. Geselsch. H. IV 1875. V. J.

Essen. l. c.

Dwyer. l. c.

Schrade. l. c.

Spengler. l. c.

Тауберъ. Современныя школы хирургiи т. II. 1890.

Hancock. l. c.

Le Fort. l. c.

Тауберъ. Врачъ. 1886. l. c.

Boeckel. Amputation ostéopl. du pied etc. Bull. de la Soc. de Chir. 21 Iuill. 1875. По V. J. 1873.

Тиховъ. Отчетъ о заграничной командировкѣ 1900—1901.

Hildenbrandt. l. c.

Solger. Archiv für Entwickelungs Mechanik. I. По Hildebrandt'y. l. c.

Perkowski. Medicina. 1885. № 20. V. J. 1885. и Врачъ 1885. № 34.

Reverdin. J. et. Albert. M. Arthrite tuberculeuse mediotarsienne etc. Revue Suisse. Decembr. 1889. V. J. 1889.

Rioblanc. l. c.

Duret. l. c.

Hahn. Ueber die Tuberculose der Knochen und Gelenke des Fusses. Beiträge zur klin. Chirurg. XXXI. H. II.

Finnoti. Ueber Tuberculose des Calcaneus. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 40.

Reimer. Ueber die Fxarticulation in Fussgelenke etc. Dorpat. 1864. Dissert.

Юбилейный сборникъ въ честь пр. Разумовскаго. Русск. хир. Архивъ. 1906 г. кн. 2.

Vofmann. l. c.

Samphirescu. Amputations ostéoplastiques experimentales. 1901 и Revue de Chirurg. 1897. № 2. (Samphirescu et Solomovici).

Глава IX.

Владимировъ. Диссерт. l. c.

Савостицкій. l. c.

Mikulicz. Zwei Fälle von osteopl. Fussresect. nach eigen. Methode Centralbl. f Chirurg. 1884. № 1.

Lauenstein. Ueber die Verwendung der osteopl. Fussresection nach Mik. Centralbl. f. Chirurg. 1884. № 1.

Reussen. Centralblatt f. Chirurg. 1885.

Haberern. Ibidem. 1884.

Schattauer. Przeglad lekarski. 1875. № 15. По V. J. 1885. и Ctbt f. Ch. № 28.

Монастырскій. l. c.

Roser. Eine Aenderung der von W. und. M. angegebenen Fussresctionsmethode. Centralbl. f. Chirurg. 1886. № 36.

Kummel. Ibidem. 1885, 1889, 1893.

Матвѣевъ. Врачъ. 1886. с. 186.

Отчетъ хирург. клин. Склифосовскаго. l. c. и лѣтопись Москов. хир. общества. l. c.

Mikulicz. Eine neue osteoplast. Methode am Fusse. Archiv f. klin. Chirurg. Bd. XXVI.

Домбровскій. l. c.

Socin. По **Zesas**. См. ниже.

Röhmer. Revue de Chirurg. 1887.

Wahl. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1888. № 2.

Fenger. The osteopl. resection of the foot etc. Journ. of. the. amer. med. assoc. 1887. v. VIII. № 5. По Ctbt. f. Chirurg. 1887. № 23.

Fischer. Zur osteoplast. resection des Fusses etc. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XXIII и XXIX.

Zesas. Zur. Casuistik der osteopl. Fussresection. Arch. f. klin Chirurg. XXXIII.

Gutsch. l. c.

Sordina. Centralbl. f. Chirurg. 1886. № 3

Буцъ. Хирургич. Вѣстникъ. 1889. сент. и St. Petersb. med. Wochenschr. 1889. № 3.

Zoege v. Manteuffel. l. c.

Lammert. Die osteopl. Fussresection etc. München. med. Wochenschr. 1890. По V. J. 1890.

Anders. St. Petersburg. med. Wochenschr. 1889. № 40.

Helferich. По Kohlhaas'у см. ниже.

Hopkins. Report of a case of a W.-M. osteopl. resection of the foot. Americ. med. News. 1887. Decemb. V. J. 1887.

Mac—Ewen. По Kohlhaas'у

Mac—Cormac. British med. journ. 1888.

Caselli. La riforma medica. 1885. № 5.

Bauerhahn. Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XXVII.

Kocher. По Kummer'у. l. c.

Kohlhaas. Beiträge zur. kl. Chirurg. Bd. VIII и V. J. 1897.

Coëlho. По Kummer'у. l. c.

Köhler. Osteopl. Resection am Fusse nach. W.-M. Charité Annalen 1890. V. J. 1890.

Janicke. Ein Fall von resectio pedis osteopl. nach. W.-M. Breslauer ärzt. Zeitschr. 1889. № 7. V. J. 1889.

Jaboulay et Laguaite. l c.

Smith. По Kummer'у. l. c.

Gross. Ibidem.

Kreisky. Ibidem.

Morisani. По **Cohlhaas'у.** l. c.

Giommi. Ibidem.

Bufalini. Ibidem.

Kummer. l. c. Revue de Chir. 1891.

Berger. Ibidem.

Usiglio. Centralbl. f. Chir. 1888.

Chaput. По **Kummer.** l. c.

Сарычевъ. Костная резекцiя голеностопнаго сустава по способу В.-М. Хирургическая Лѣт. 1892. № 1.

Samter. Ueber die Bedeutung der osteopl. Resection des Fusses nach. W.-M. Arch. f. klin. Chirurg. Bd. XLV.

Rydygier. Ein neue Indication zur W.-M. Operation Ibidem. Bd. XLI.

Сабанѣевъ. Amputatio sub talo osteoplastica. Русск. хир. Архивъ. 1895 № 1.

Niché. Eine neue Indication und Modification etc. Arch. f. klin. Chirurg. XLIX.

Corzeniowski. l. c.

Trzebicki. Ein. Beitrag. zur. Resection des Fusses nach. W.-M. Wien. med. Wochenschr. V. J. 1894.

Montenovesi. Sull'operazione de M.-W. Riforma med. v. I. 1895. V. J. 1895.

Michaux. Sémaine méd. 1891. № 4.

Gelle. Ibidem.

Войничъ-Сяноженскій. Хир. Лѣтоп. 1893. с. 519.

Богаевскій. Отчетъ Кременчуг. больницы за 1892-ой годъ. 84—85.

Трофимовъ. Хирургія. 1897. т. II.

Филатовъ. Тамъ же.

Спасокукоцкій. Дисс. l. c.

Lotheissen. l. c.

Müller. Zur. Technik der. W.-M. Operation. Centralblatt f. Chirurg. 1898. №. 7.

Каблуковъ. Хирург. Лѣтопись. 1895. кн. I.

D'Este. L'operazione di W.-M. Boll. della soc. med. chir. di Pavia. 1905. По H. J. 1905 г.

Spengler. l. c.

Венгловскій. Объ операціи по способу В.-М. Хирургія. 1902. Іюль.

Дьяконовъ. Обзоръ дѣятельности клиники за 1906—7 годъ.

Зябловъ. l. c.

Алексинскій. Хирургія. 1905.

Медиц. отчетъ Московск. Голицынской больницы за 1897.

Bruns. Zur. Tehnik. der. osteopl. Fussresect. nach. W.-M. Beiträge zur. kl. Chirurg. 1897. Bd XVIII.

Kausch. Die osteopl. Resektion des unter. Unterschenkelendes. Beiträge z. klin. Chirurg. 1906. B. LII. H. III.

Gabriczewski. Eine neue Indication zur Ausführung der Operation nach W.-M. Przegl. lekarski. 1890. Centralbl. f. Chirurg. 1891. № 1.

Werth. Ein Fall von Sprunggelenkresection nach M.-W. По V. J. 1898.

Negretto. Centralbl. f. Chirurg. 1896. № 26.

Ollier. l. c.

Goldammer. Kasuistische. Beiträge zur. osteopl. Fussresection. Beitr. zur. klin. Chirurg. Bd. ZX. № 1.

Глава X.

Спасокукоцкій Диссертація. l. c. Хирургія. l. c. Лѣтопись P X. l. c.

Levschin. l. c.

Глава XI.

Keetley. l. c.

Baracz. Przegl. lekarski. 1887. № 6. По V. J.

Poncet. De l'amputation du pied à une seul lambeau dorsal. Lyon méd. 1893. № 10.

La Bonnardière De la désarticulation tibio-tarsienne etc. Revue de Chirurgie 1897. VIII. а также Thèse de Lyon. 1897. Ibidem.

Gueterbock. l. c

Panas. Ecrasement de l'avant-pied gauche etc. Bullet. de la soc. de Chirurgie 1 Mai. 1876. V. J. 1877.

Izerott. Die partiellen Fussamputationen etc -Jnaug. Diss. Berlin. 1880. V. J. 1880.

Pratt. Two cases of dissease of tarsus. etc. Lancet. 1880. v. II.

Jahn. l. c.

Dwyer. l. c.

Hack. Beiträge zur Exarticulation des Fusses nach. Syme. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie. Bd. V. 1876.

Glazerbrook. l. c.

Kummer. Ueber Bildung eines Fersenlappens zur Erzielung etc. Schweizar. Correspondenzbl. 1894. № 3. V. J. 1894.

Schrade. l. c.

Dent. l. c.

Potherat. De l'amputation total du pied. etc. Bull. et mém. de la soc. de Chir. 1897. V. J. 1897.

Spengler. l. c.

Essen. l. c.

Roman und Klopfer. l. c.

Maurel. Sur. une modification au procédé de Iules Roux etc. Bull gén. de therapeutique. 1880. 30 Mar. V. J. 1880.

Syme. Mounthly journal of med. scien. 1852. По Hancocke'y. l. c.

J. Roux. Gazette méd. de Paris. 1847. № 13.

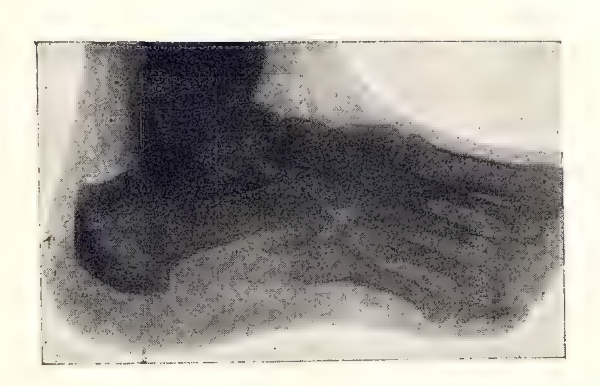
Blandin. Gazette des hôpitaux. 1846. По Farabeuf'y. l. c.

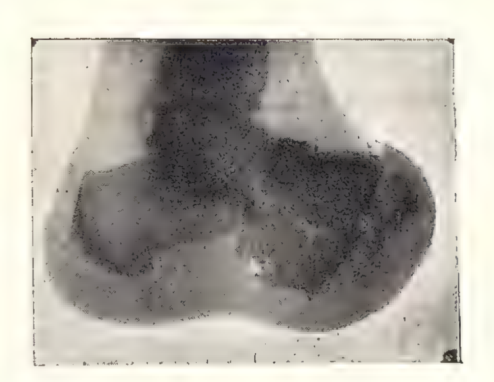
ЗАМѢЧЕННЫЯ ОПЕЧАТКИ:

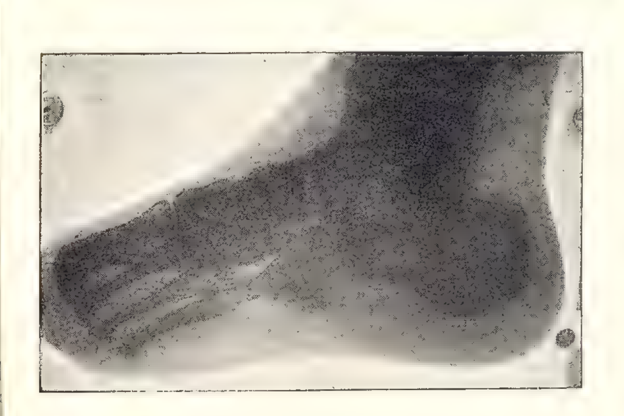
Страница.	Строка.	Напечатано.	Слѣдуетъ читать:
4	8 снизу	она	ее
5	18 сверху	Textor-a	Textor'a
7	9 снизу	John'y, Simon'y	John'y Simon'y
9	19 сверху	операціахъ	операціяхъ
19	8 —	Пироговскиго	Пироговскаго
20	11 снизу	зышесказанное	вышесказанное
34	10 —	группы: 1)	группы:
43	14 —	сус-	су-
55	1 —	Szymamowsky	Szymanowsky
67	15 сверху	Raudens	Baudens
70	5 —	1)	2)
„		Въ концѣ текста добавить: 4) К. 44-хъ лѣтъ. Чернорабочій. Вычлененіе по Lisfranc'y на лѣвой стопѣ вслѣдствіе обмороженія. Наблюденіе не доведено до конца.	
71	3 сверху	(ампутація	(операція
92	4 снизу	Kütser	Küster
110	3 сверху	Collius	Collins
113	10 сверху	Pasquer	Pasquier
115	8 снизу	цредставляется	представляется
116	11 сверху	корткальная	кортикальная
120	16 —	случаезъ	случаевъ
122	18 —	стзепени	степени
„	6 снизу	Quimby первымъ	Quimby, первымъ
126	9 сверху	разрезомъ	разрѣзомъ
128	11 —	зремя	время
136	19 —	неизвѣстныимъ	неизвѣстнымъ
143	14 —	стоцы	стопы
145	1 —	7°. но	7°, но
146	4 снизу	оказываетсз	оказывается
147	13 сверху	Miculic'a	Miculicz'a
158	11 —	цоходитъ	походитъ
162	15 —	касаетсл	касается
„	2 снизу	недостатковъ) возможность	недостатковъ (возможность
164	2 сверху	омертвеніе	омертвѣніе
165	5 —	усовершенствованной	усовершенствованный
168	18 снизу	— естеств	1/4 естеств.
168	20 сверху	сант, костный	сант., костный
170	5 —	Нъ	Въ
171	18 —	почтенія₄	почтенія;
173	5 снизу	плн	или

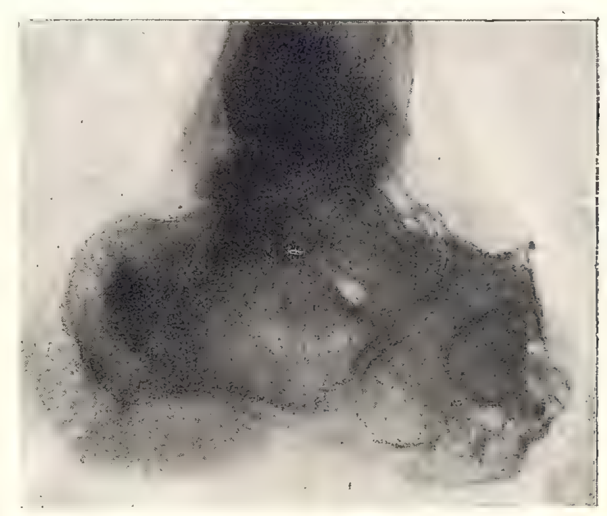
СРАВНИТЕЛЬНЫЯ ТАБЛИЦЫ

Рентгеновскихъ снимковъ съ культей стопы.

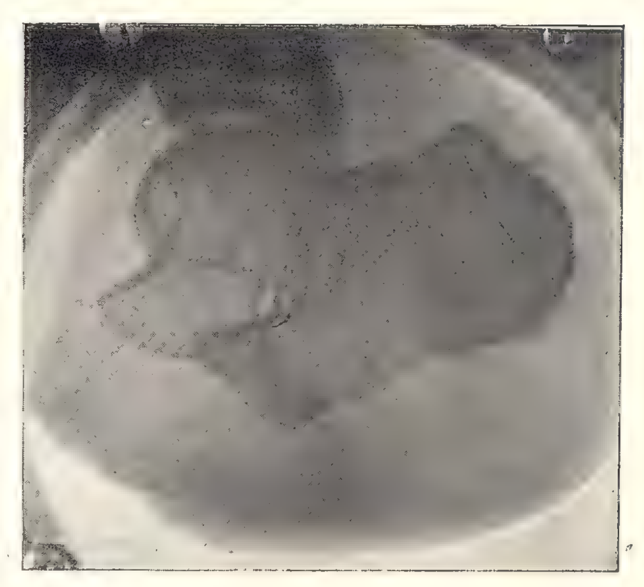






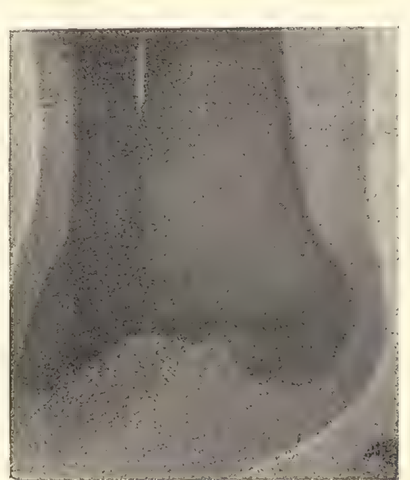


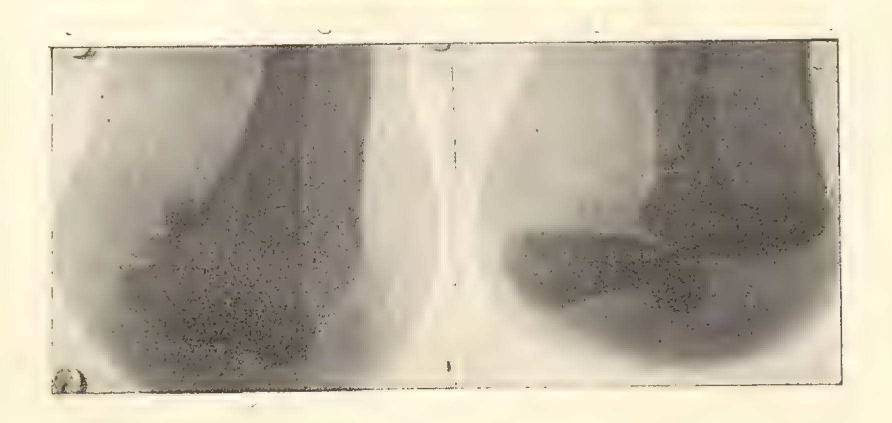












Изъ терапевтической факультетской клиники проф. М. Г. Курлова
при Императорскомъ Томскомъ университетѣ.

Пр.-доц. Н. Вершининъ и ордин. П. Ломовицкій.

КЪ КАЗУИСТИКѢ ДИЗЕНТЕРІИ.

(Клиническое наблюденіе и бактеріологическое изслѣдованіе).



ТОМСКЪ.
Типо-Литографія Сибирск. Т—ва Печатн. Дѣла, уг. Двор. ул. и Ямск. пер., с. д.
1909 г.

Къ казуистикѣ дизентеріи.

(Клиническое наблюденіе и бактеріологическое изслѣдованіе).

Прив.-доц. **Н. Вершинина** и ордин. **П. Ломовицкаго.**

Работами Лёша, Kartulis'a, Shiga, Flexner'a, Kruse, Lentz'a, Розенталя, Непорожняго и др. установлено, что дизентерія обусловливается, главнымъ образомъ, двумя совершенно различными заразными началами, а именно—амёбами и дезентерійными палочками. Амёбная дизентерія встрѣчается преимущественно въ жаркомъ климатѣ, а бактеріальная эндемически и эпидемически распространена въ умѣренномъ климатѣ стараго и новаго свѣта. Въ большинствѣ случаевъ дизентеріи путемъ бактеріоскопическихъ и бактеріологическихъ изслѣдованій легко распознать характеръ заболѣванія. Изрѣдка попадаются случаи, когда ни клиническая картина, ни бактеріологическое изслѣдованіе не даютъ возможности, по крайней мѣрѣ въ первое кремя, остановиться на какомъ либо опредѣленномъ діагнозѣ и лишь болѣе или менѣе продолжительное культивированіе выдѣленнаго микроба убѣждаетъ насъ въ наличности дизентеріи. Къ такимъ то до крайности путанымъ и въ высшей степени интереснымъ случаямъ относится и наше наблюденіе.

3 ноябр. 1907 г. съ амбулаторнаго пріема въ клинику былъ принятъ больной Н. Т. съ жалобами на отсутствіе аппетита, общую слабость, сильное головокруженіе и небольшую одышку. Больному 32 года, тѣлосложенія правильнаго, питаніе ослабленное, но значительнаго исхуданія нѣтъ. Кожа блѣдна, на голеняхъ поверхностныя звѣздчатые небольшіе рубцы, температура 37,8°. Слизистыя оболочки блѣдны, на губахъ съ ціанотиче-

скимъ оттѣнкомъ, языкъ обложенъ сѣроватымъ налетомъ, десны, зубы въ порядкѣ. Шея длинна, въ нижней ея трети, подъ правымъ musc. stern.-cleido-mastoid., выдаваясь изъ подъ него по обѣ стороны, имѣется разлитая опухоль мягкой консистенціи; при тщательномъ ощупываніи въ глубинѣ ея замѣчаются отдѣльные узелки величиною съ лѣсной орѣхъ. На лѣвой сторонѣ шеи железы не прощупываются, подмышечныя, паховыя—слегка увеличены. Грудь плоска, обѣ половины при дыханіи движутся равномѣрно. Верхушки легкихъ слегка притуплены, справа это выражено нѣсколько яснѣе. Подъ правой ключицей до 3 ребра звукъ также немного короче, чѣмъ соотвѣтственно слѣва. Нижнія границы легкихъ по подмышечнымъ линіямъ приподняты—справа на 7 ребрѣ, слѣва—верхній край 8 ребра, въ остальныхъ мѣстахъ нормальны, но всюду мало подвижны. Голосовое дрожаніе на правой верхушкѣ и подъ правой ключицей слегка усилено. Дыханіе всюду везикулярное, выдохъ затянутъ, при вдохѣ въ обоихъ легкихъ всюду свистящіе хрипы. Число дыханій 24 въ минуту, кашель небольшой съ слизисто-гнойнымъ отдѣляемымъ. Границы сердца при глубокой перкуссіи: правая слегка заходитъ за правый край грудины, сверху третье ребро и едва за лѣвый сосокъ—лѣвая. Верхушечный толчекъ въ пятомъ межреберьи, кнутри отъ соска. Тоны сердца глухи. Пульсъ 84 удара въ минуту, правильный хорошаго наполненія. Сосуды немного склерозированы. Животъ слегка вздутъ, всюду при перкуссіи глухой тимпанитъ. Печень по правой сосковой линіи съ 6-го ребра, нижній ея край на 2 поперечныхъ пальца выдается изъ подъ реберной дуги, на ощупь—ровная, плотнѣе нормальной, безболѣзненна. Селезенка при перкуссіи съ 8 ребра по срединной аксиллярной линіи, спускается почти до края реберной дуги и какъ будто иногда прощупывается. Въ области желудка и нисходящей части толстой кишки при ощупываніи небольшая боль. Со стороны нервной системы измѣненій нѣтъ: чувствительность всюду сохранена, рефлексы не разстроены. Мочи за сутки ок. 700 к. с., уд. в. 1014, бѣлка, сахара и другихъ патологическихъ составныхъ частей въ ней нѣтъ. Отправленія кишечника ежедневны, жалобъ съ этой стороны больной никакихъ не предъявляетъ. Обращаясь къ анамнезу больного, мы видимъ что онъ происходитъ изъ здоровой семьи, въ раннемъ дѣтствѣ былъ совершенно здоровъ. Въ пятилѣтнемъ возрастѣ болѣлъ корью, на 8 году перенесъ оспу, на 10

году въ теченіе двухъ недѣль было какое-то неопредѣленное лихорадочное заболѣваніе, на 13 году въ лѣвой ногѣ какія-то судороги, продолжавшіяся почти цѣлый мѣсяцъ. Шестнадцати лѣтъ почти всю зиму проболѣлъ лѣвостороннимъ плевритомъ, на 20 году былъ трипперъ, на 22—заразился сифилисомъ, лечился отъ него плохо, получивъ только 40 уколовъ; повторнаго леченія не было. На 24 году на голеняхъ появились язвы, очевидно сифилитическія, оставившія упомянутые выше рубцы. Двадцати шести лѣтъ перенесъ воспаленіе червеобразнаго отростка. Два года назадъ появилась на шеѣ опухоль, сперва въ видѣ небольшого, полумягкаго, безболѣзненнаго узла, потомъ стала увеличиваться, и начали прощупываться въ ней отдѣльныя плотныя железки. Съ тѣхъ поръ опухоль эта то уменьшалась, то увеличивалась; до настоящихъ же размѣровъ никогда не доходила. Съ мая мѣсяца 1907 года появились какія то неопредѣленныя лихорадки, съ обѣда больного начинало знобить, къ вечеру жаръ, по ночамъ потъ. Приступы повторялись черезъ 3—4, и рѣдко 5 дней, съ теченіемъ времени стали учащаться и подъ конецъ лѣта были почти ежедневными. Съ сентября мѣсяца больной сталъ замѣчать слабость и исхуданіе, вскорѣ къ этому присоединился небольшой кашель и въ началѣ октября появились тяжелыя головокруженія, а въ послѣднее время—обмороки. Занимался Н. Т. большею частью извознымъ дѣломъ, рѣдко штукатуркою (со свинцовыми бѣлилами никогда не работалъ). Въ 1898 г. былъ взятъ на военную службу, прослужилъ въ Петербургѣ 3 года 8 мѣсяцевъ; въ 1904 г. былъ взятъ на Японскую войну, отправленъ во Владивостокъ; въ маѣ мѣсяцѣ того же года почувствовалъ недомоганіе, а въ іюлѣ отъ службы былъ освобожденъ. Дома попрежнему занимался своими обычными дѣлами. Женился онъ на 28 году, дѣтей не было, жена здорова. Водки пилъ достаточно много. Аппетитъ до настоящаго заболѣванія былъ всегда хорошій, разстройства желудка бывали только послѣ попоекъ. На низъ всегда было правильно. Съ мѣсяцъ назадъ аппетитъ сталъ слабѣть, недѣли двѣ какъ пропалъ совсѣмъ. На разстройства отправленій кишечника, какъ уже было упомянуто, не жалуется.—Первое, на что было обращено особенное вниманіе въ виду значительной блѣдности больного—это кровь. Произведенныя въ первые же дни его пребыванія въ клиникѣ изслѣдованія дали.

Гемоглобина 38% (по Mischer'у), красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 3.850.000, бѣлыхъ 2340, изъ послѣднихъ отдѣльныхъ формъ:

полинуклеаровъ .	79%
лимфоцитовъ . .	12%
больш. одноядерн.	8,7%
эозинофиловъ . .	0,3%

Въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ кромѣ явленій вторичнаго малокровія никакихъ другихъ особенностей нѣтъ. Малярійныхъ паразитовъ въ крови не найдено. Попытки отыскать кох. пал. въ мокротѣ оказались безрезультатными. Больной началъ было уже поправляться: t^0 къ 5 ноября пала до нормы, хрипы въ легкихъ стали быстро исчезать и 6 ноября ихъ не было со всѣмъ слышно, аппетитъ сталъ улучшаться, оставались лишь жалобы больного на слабость, небольшія боли въ области печени и нижней части живота, до 9 ноября было замѣчено, что испражненія были к. б. жиже нормальныхъ. Въ вѣсѣ за недѣлю онъ прибылъ на 1,8 kilogr. Но вотъ 11 ноября, т. е. на девятый день пребыванія больного въ клиникѣ, съ утра больного начинаетъ знобить, къ вечеру значительный жаръ. На другой и слѣдующіе дни t^0 поднялась уже до 40^0. Новыхъ жалобъ больной съ поднятіемъ t^0 никакихъ не предъявляетъ, развѣ только болевыя ощущенія въ области печени и нижней части живота стали нѣсколько сильнѣе. Каждую ночь много потѣлъ. Остановиться на чемъ нибудь опредѣленномъ и объяснить такое быстрое поднятіе температуры не представлялось пока возможнымъ. Сердце въ порядкѣ, въ легкихъ никакихъ новыхъ измѣненій, указаній на какой нибудь воспалительный процессъ нѣтъ, число бѣлыхъ шариковъ въ крови увеличилось только до 4075 въ к. мил., въ мочѣ слѣды бѣлка, со стороны желудочно-кишечнаго тракта только ухудшеніе аппетита. Появилось задержаніе стула, такъ что 13 и 14 на ночь приходилось давать вѣнское слабительное. И лишь съ 15 числа, на пятый день поднятія t^0, на общемъ фонѣ какого то тяжелаго инфекціоннаго заболѣванія начало вырисовываться преимущественное страданіе кишечника. Въ этотъ день больного слабило жидко, испражненія были три раза. 16-го утромъ натощакъ тошнота и рвота, испражненія жиже и чаще, за сутки уже семь разъ. 17-го испражненія жидки, за сутки 5 разъ и т. д. Во все это время онѣ достаточно окрашены желчью, слизи очень немного, главн. обр.

въ видѣ мелкихъ комочковъ, примѣси крови на глазъ не замѣтно, при микроскопическомъ изслѣдованіи очень много гнойныхъ тѣлецъ, красные же кровяные шарики встрѣчаются очень рѣдко. Амебъ и другихъ какихъ либо кишечныхъ паразитовъ въ испражненіяхъ не было. Съ этихъ поръ учащенныя, жидкія испражненія безъ крови и значительнаго количества слизи, и жаръ были главными явленія въ картинѣ болѣзни нашаго больного. Слабило его только 5—6 разъ въ сутки, тенезмовъ ни разу не было, боли въ животѣ стали яснѣе локализироваться по ходу толстыхъ кишекъ, на ощупь послѣднія, главн. обр. S. R. и нисходящая часть, представлялись въ видѣ не рѣзко выраженныхъ болѣзненныхъ плотныхъ тяжей. Видалевская реакція произведенная 19 ноября съ тифозной палочкой, съ палочками паратифа A и B дала результаты отрицательные. Попытка отыскать кох. пал въ мокротѣ, испражненіяхъ оказались безрезультатными. Такъ какъ теперь уже всетаки было ясно, что имѣется у насъ какое то инфекціонное кишечное заболѣваніе,—всѣ стремленія были направлены къ отысканію его возбудителя. 20 ноября подвергнуты были бактеріологическому изслѣдованію кровь, моча, испражненія больного. Кровь оказалась стерильной, изъ мочи выросъ только micrococcus ureae. Посѣвы испражненій на питательныя среды дали два вида микробовъ. Первый видъ представлялъ собою—bacillus lactis aërogenes, второй же видъ выдѣленныхъ микроорганизмовъ по своимъ свойствамъ ближе всего подходилъ къ 5 группѣ bac. paracoli по Gilbert'у, хотя очень напоминалъ и дизентерійную палочку Shiga. Это неподвижная бактерія, величиною съ дизентерійную, по Gram'у обезцвѣчивалась. Въ бульонѣ производила равномѣрное помутнѣніе, индоловой и нитрозоиндоловой реакціи не давала. Желатины эта палочка не измѣняла, а на желатиновыхъ пластинкахъ она давала глубокія и поверхностныя колоніи, ничѣмъ не отличающіяся отъ дизентерійныхъ. Въ средахъ, содержащихъ виноградный сахаръ, газа не развивала, молоко свертывала, на картофелѣ давала ростъ въ видѣ бураго налета. Neutralrotagar не измѣняла, на средѣ Conradi—Drigalski росла въ видѣ синихъ нѣжныхъ прозрачныхъ колоній, не измѣняя среды. Среду Lentz'а измѣняла, вызывая рѣзкое покраснѣніе. Въ средахъ Capaldi-Proscauer'a, Barsiekow'a № 2, Klopstock'a—производила посинѣніе. Такимъ образомъ по своимъ свойствамъ она относилась къ группѣ coli-typhus. Во многомъ напоминая собою ди-

зентерійнаго микроба Shiga, эта палочка рѣзко отличалась отъ него тѣмъ, что измѣняла среду Lentz'a, свертывала молоко, росла на картофелѣ въ видѣ бураго налета и производила посинѣніе средъ Barsiekow'a № 2 и Klopstock'a. Въ виду этого, она ближе стояла къ 5-й группѣ bac. paracoli (по Gilbert'y), отъ которой отличалась въ свою очередь неспособностью газировать среды, содержащія виноградный сахаръ, и производить ярко-красное окрашиваніе съ полнымъ осажденіемъ казеина въ средахъ Barsiekow'a № 2 и Klopstock'a. Состояніе больного съ каждымъ днемъ становилосъ все хуже и хуже. Аппетита нѣтъ совершенно, температура хотя и имѣетъ наклонность къ паденію, но все еще держится на высокихъ градусахъ, въ легкихъ, кромѣ небольшого ателектаза, никакихъ новыхъ явленій нѣтъ, мокрота безъ Кох. пал., пульсъ чаще и слабѣе. Боли по ходу толстыхъ кишекъ не сильнѣе, чѣмъ прежде, испражненія такія же по частотѣ, но по виду уже типичны для того, чтобы назвать ихъ похожими на гороховый супъ. Повторныя микроскопическія изслѣдованіи каловыхъ массъ съ цѣлью отыскать въ нихъ амебъ, или какихъ-нибудь другихъ, подобно имъ, вызывающихъ поносы поразитовъ, ничего, кромѣ большого колич. бактерій, не дали. Печень и селезенка немного увеличились. Въ крови 4200 бѣл. кров. шариковъ въ куб. ммл.; по количеству отдѣльныя формы ихъ распредѣлялись приблизительно также, какъ при первыхъ изслѣдованіяхъ, именно:

полинуклеаровъ	76%
лимфоцитовъ	14%
одн. большихъ.	9,5%
эозинофиновъ	0,5%

Въ мочѣ ничтожные слѣды бѣлка. 26 нояб. снова сдѣланы посѣвы изъ испражненій и снова выросли только тѣ же два типа бактерій, что были получены въ первый разъ, никакихъ другихъ совершенно не выросло. Послѣ этого было уже б. или м. ясно, что какая нибудь изъ этихъ бактерій и есть причина заболѣванія. Приготовленныя изъ колоній ихъ чистыя разводки въ бульонѣ были 30 нояб. испробованы на агглютинацію съ сывороткой крови больного. Кстати же снова была продѣлана Видалевская реакція на тифъ и паратифы. Результаты превзошли ожиданія. Ни bac. typhi abdomin., ни bac. paratyphi A и B не агглю-

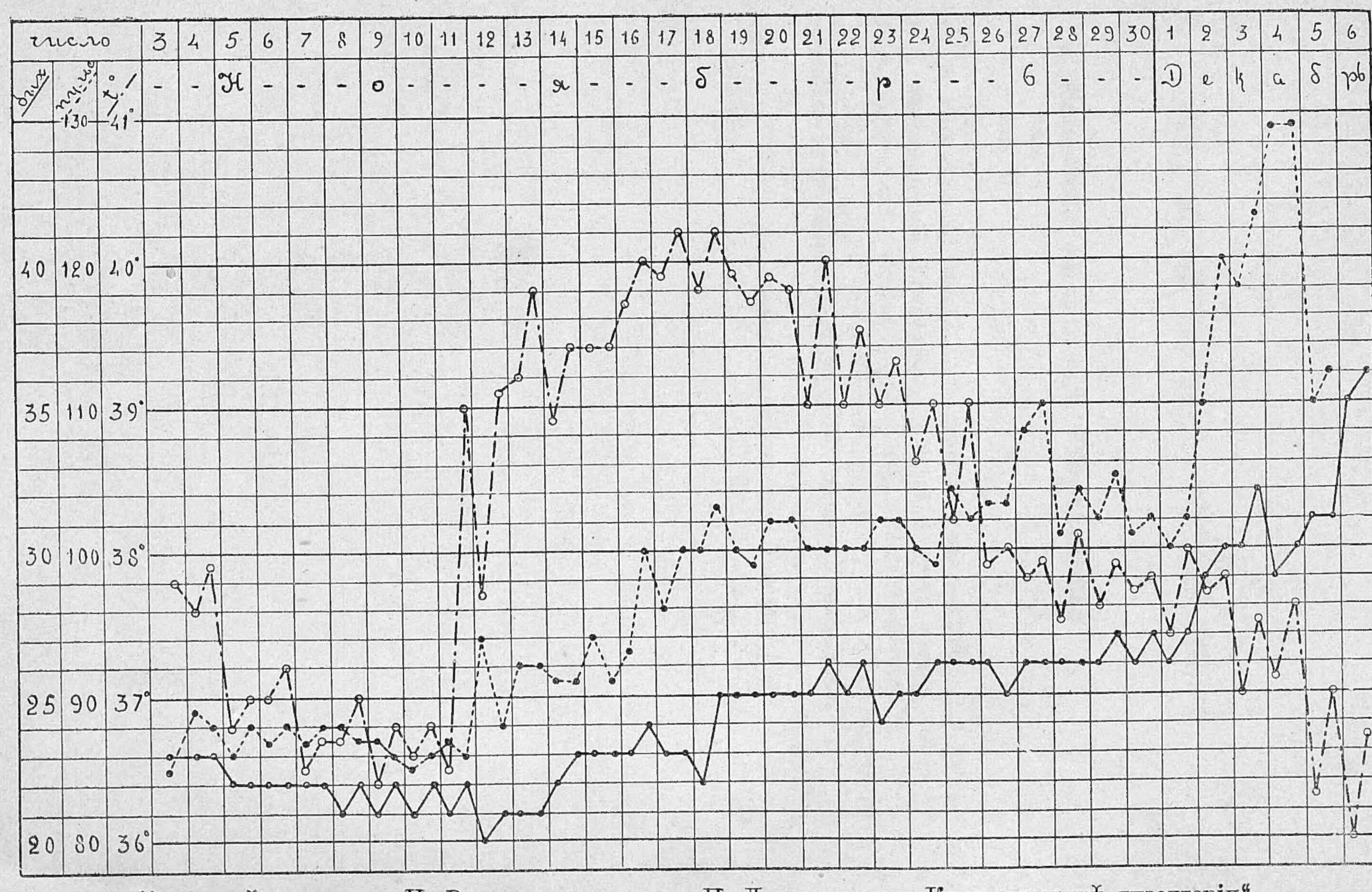
тинировались и на этотъ разъ; бацилла же, больше всего похожая на paracoli № 5, агглютинировалась хорошо. Теперь оставалось только заключить, что этотъ именно послѣдній микробъ и является главной причиной даннаго страданія. Настаивать же на томъ, что всѣ вышеописанныя болѣзненныя явленія вызваны исключительно этимъ микробомъ и что нѣтъ больше никакихъ другихъ вліяній, мы изъ-за новизны этого вопроса—всетаки не рѣшались. Съ 1 дек. испражненія становятся зловонными и чѣмъ дальше, тѣмъ больше, остальныя свойства ихъ прежнія Общее состояніе больного быстро идетъ къ ухудшенію, слабость развилась уже настолько, что онъ съ трудомъ ворочается, голоса почти не слышно, ничего не ѣстъ. Пульсъ значительно учащенъ, за 110 ударовъ въ минуту, очень слабый. Температура, постепенно понижаясь, дошла до 37° по утрамъ и 37,5—37,8 вечерами. 3 дек. замѣтно Чейнъ-Стокесово дыханіе, 4 дек. сознаніе очень вялое (пораженія черепныхъ нервовъ не замѣтно), пульсъ едва ощутимъ, очень немного улучшается отъ назначенія возбуждающихъ. 5 дек. появилась икота, продолжавшаяся и 6-го числа, а въ ночь на 7-е больной скончался. За послѣдніе три дня слабило больного раза 2—3 въ сутки, испражненія были въ меньшемъ количествѣ, но по прежнему жидки и зловонны. Железы на правой сторонѣ шеи съ поднятіемъ температуры быстро стали увеличиваться, къ 20 нояб. достигли maximum'a, потомъ стали снова уменьшаться и числу къ 3 дек. приняли свои первоначальныя величину и форму. Боли при увеличеніи ихъ не было. Какъ ни ново было для насъ описываемое заболѣваніе, главнымъ образомъ въ смыслѣ его этіологіи, однако ни на чемъ другомъ какъ на инфекціи микробами, похожими на bac. paracoli № 5 Gilbert'a, остановиться было нельзя. Трупъ больного былъ отправленъ въ патологоанатомическій институтъ съ діагнозомъ: „Entero-colitis (зараженіе bac. paracoli)". Другія измѣненія въ органахъ отмѣчены, какъ случайныя осложненія, а именно: старый адгезивный плевритъ, уплотнѣніе верхней доли праваго легкаго (какъ причину не могли мы исключить сифилисъ, а на туберкулезѣ безусловно остановиться не было данныхъ, т. к. неоднократныя изслѣдованія мокроты на Кох. пал., нѣсколько разъ даже при обработкѣ ея по Biedert'y, давали результаты всегда только отрицательные), ателектазъ нижней доли праваго легкаго, циррозъ печени (lues alcohol), вторичное малокровіе, аденитъ, перерожденіе сердечной

мышцы. Вскрытіе, произведенное прозекторомъ В. П. Миролюбовымъ, въ значительной степени подтвердило наши предположенія. Протокола вскрытія (полностію) не приводимъ, отмѣтимъ лишь важнѣйшее: шейныя лимфатическія железы, особенно съ правой стороны увеличены, лежатъ пакетомъ, на разрѣзѣ во многихъ изъ нихъ видны бѣлесовато-желтоватые островки кругловатой, неправильной формы, иногда рѣзко ограниченные. Ткань железъ нѣсколько уплотнена и малокровна. Въ задне-нижнемъ отдѣлѣ, а такъ же и по переднему краю верхней доли лѣваго легкаго, почти по всей верхней долѣ праваго при ощупываніи имѣется уплотнѣніе, обусловливаемое присутствіемъ различной величины (отъ булавочной головки до лѣсного орѣха) узелковъ фиброзной плотности, многія изъ нихъ омѣлотворены. Въ соскобахъ, сдѣланныхъ при разрѣзѣ омѣлотворенныхъ узелковъ, Кох. пал. встрѣчаются въ большомъ количествѣ. Этими то измѣненіями узелковъ обростаніемъ фиброзной тканью и омѣлотбореніемъ, вѣроятно и объясняется, что Кох. пал. даже при очень многихъ и очень тщательныхъ изслѣдованіяхъ мокроты ниразу найдены не были. Печень увеличена, капсула мѣстами помутнена, покрыта перемычками. На передне-верхней поверхности правой доли имѣется щель до 2-хъ сант. длины, вѣтвящаяся на концахъ. Подъ капсулой во многихъ мѣстахъ, особенно въ лѣвой долѣ, видны бѣлесовато-желтоватыя пятна, ок. 2 mm., и немного большаго діаметра. При разрѣзѣ ткань печени слегка хруститъ, кровенаполненіе ея умѣренное, въ толщѣ ткани встрѣчаются пятна меньшаго размѣра, чѣмъ на поверхности. Селезенка увеличена, на поверхности разрѣза мѣстами видны бѣлесовато-желтоватые узелки величиною отъ песчинки до горошины. Кромѣ того иногда встрѣчаются при разрѣзѣ болѣе крупныя узелки, до одного снт. въ діаметрѣ, краснаго цвѣта, мѣстами съ намеками на концентрическую слоистость. Слизистая тонкихъ кишекъ въ нижней своей половинѣ гиперемирована, Пейеровы бляшки слегка набухли. Слизистая слѣпой кишки и восходящей части толстой кишки отечна, блѣдно-сѣроватаго цвѣта, на ней разбросаны довольно многочисленныя, неправильнаго очертанія язвы съ зазубренными краями и заструпленнымъ дномъ. Расположеніе ихъ самое разнообразное. Солитарные фолликулы выступаютъ мѣстами довольно ясно. Ткань кишечной стѣнки въ области язвъ слегка уплотнена. По направленію книзу количество язвъ и набуханіе слизистой оболочки

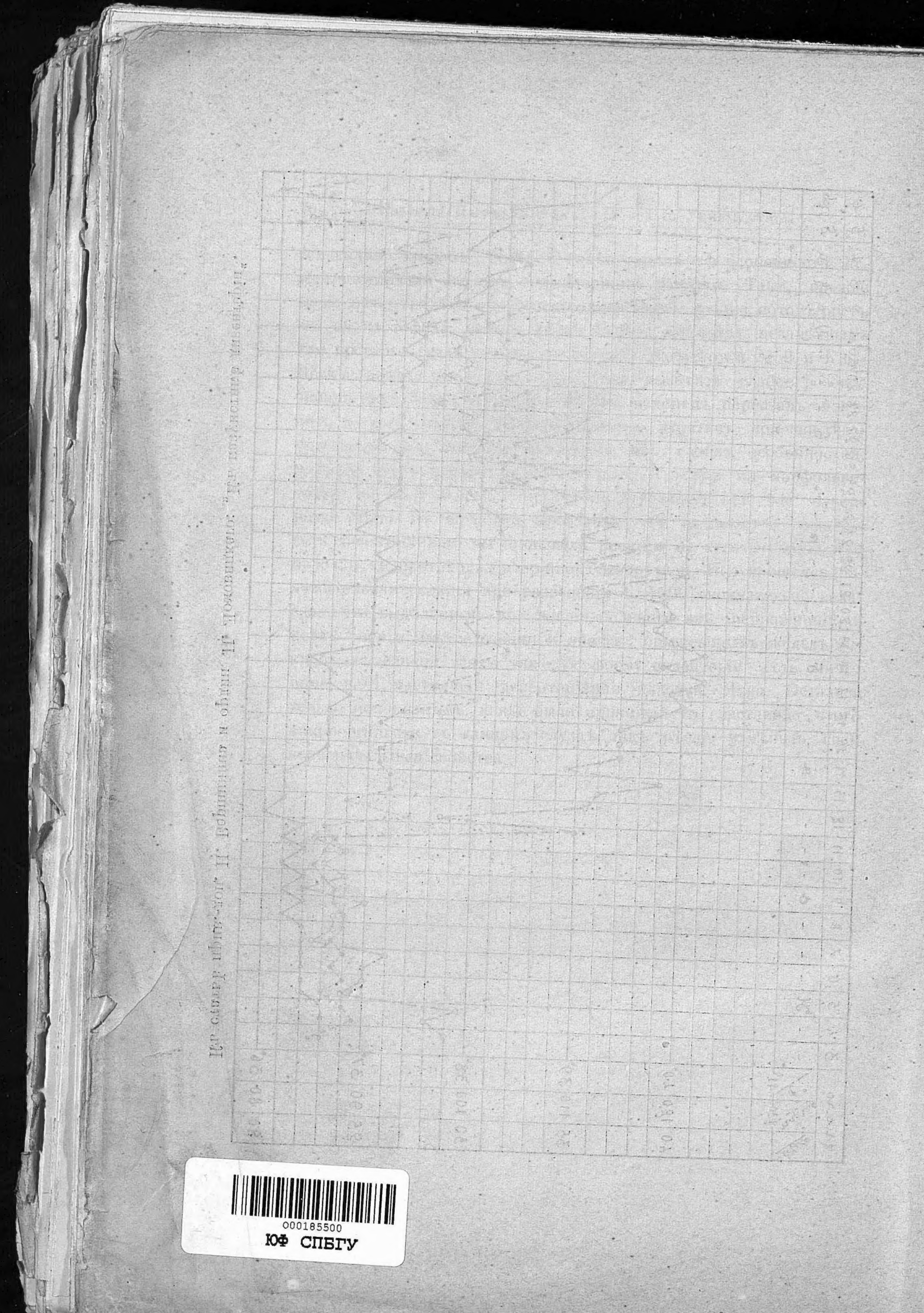
увеличивается. Въ области Flexurae Sygmoideae ясно выступаетъ утолщеніе кишечной стѣнки, на всемъ протяженіи ея язвъ такъ много, что онѣ сливаются въ сплошную язвенную поверхность, при чемъ слизистая оболочка представляется здѣсь въ видѣ небольшихъ, неправильной формы, островковъ. Края язвъ въ этой части кишки и въ нѣкоторыхъ вышележащихъ повидимому рубцуются. Брыжеечные лимфат. узлы слегка набухли, забрюшинные набухли значительно. Микроскопическія изслѣдованія взятыхъ при вскрытіи кусочковъ, произведенныя при главномъ участіи прозектора В. П. Миролюбова, за что выражаемъ ему сердечную признательность, дали слѣдующее. Печень,—въ промежуткахъ между дольками видны мелкія, кругловатыя гранулемы, среди клѣтокъ которыхъ бросаются въ глаза клѣтки богатыя протоплазмой, угловатыя, разбросанныя безъ опредѣленнаго порядка. Въ нѣкоторыхъ гранулемахъ попадаются сосудики. Мѣстами паренхима печени на значит. протяженіи сплошь занята грануляціонной тканью, частію творожисто-распадающеюся. Эти участки грануляціонной ткани опредѣленныхъ очертаній не имѣютъ. Ткань селезенки содержитъ большія скопленія крови, особенно въ области Мальпигіевыхъ тѣлецъ. Слизистая об. тонкихъ кишекъ гиперемирована и инфильтрирована круглыми клѣтками, железы ея частію раздвинуты и атрофированы. На днѣ вышеописанныхъ язвъ толстыхъ кишекъ наблюдается гиперемія, развитіе молодой соединительной ткани, переходящей въ волокнистую, цуги этой послѣдней видны также въ слизистой и подслизистой оболочкѣ у краевъ язвъ, при чемъ железы слизистой оболочки атрофированы. Въ толщѣ стѣнокъ кишки въ области язвъ, на различной глубинѣ, видны въ большомъ количествѣ палочки и др. бактеріи. При вскрытіи трупа изъ селезенки, брыжеечныхъ железъ взяты въ стерильную посуду кусочки, сдѣланы посѣвы изъ нихъ на среды и опять выросли только тѣ же два вида микробовъ, которые получены были при повторномъ бактеріологическомъ изслѣдованіи испражненій больного и описаны выше, а именно—1) bac. lactis aërogenes и 2) микробъ, имѣющій сходство съ одной стороны съ bac. dysenteriae, а съ другой—съ палочкой 5-й группы bac. paracoli (Gilbert'a).

Желая окончательно установить видъ второго микроба, мы чистую культуру его подвергли цѣлому ряду послѣдовательныхъ перевивокъ на агаръ, при этомъ оказалось, что съ каждой новой

генераціей микробъ болѣе и болѣе терялъ тѣ особенности, которыя отличали его отъ дизентерійной палочки. Такъ, прежде всего онъ утратилъ способность свертывать молоко, потомъ ростъ его на картофелѣ, вмѣсто бураго налета, сдѣлался незамѣтнымъ для простого глаза, затѣмъ въ средахъ Barsiekow'a № 2 и Klopstock'a, вмѣсто посинѣнія, онъ сталъ вызывать слабое розовое окрашиваніе безъ осажденія казеина, наконецъ пересталъ измѣнять и среду Lentz'a. Такимъ образомъ, утративъ при послѣдовательныхъ перевивкахъ нѣкоторыя изъ своихъ особенностей, микробъ этотъ превратился въ палочку, которая ни морфологически, ни на разводкахъ ничѣмъ не отличалась отъ bac. dysenteriae Shiga. Въ качествѣ провѣрки, что выдѣленная палочка есть дизентерійная, мы произвели реакцію на агглютинацію этой палочки съ противодизентерійной сывороткой. Получившаяся положительная реакція при разведеніи 1 : 1500 окончательно доказала, что выдѣленный при жизни больного изъ испражненій, а послѣ смерти изъ селезенки и лимфат. брыжеечныхъ железъ микробъ, вызвавшій такую тяжелую форму дизентеріи — есть ничто иное, какъ настоящая дизентерійная палочка Shiga. Осталось только непонятнымъ, какія были причины, что заставило этого микроорганизма въ данномъ случаѣ такъ рѣзко измѣнить свои первоначальныя свойства.



Къ статьѣ прив.-доц. Н. Вершинина и ордин. П. Ломовицкаго: „Къ казуистикѣ дизентеріи“.



СОДЕРЖАНІЕ ТРИДЦАТЬ ТРЕТЬЕЙ КНИГИ.

Стр.

І. А. Малиновскій. Кровавая месть и смертныя казни.

Вып. I . . . . 1—204

Вып. II . . . . 1—149

Приложенія . . . . 1—159

М. И. Боголѣповъ. Отчетъ о заграничной командировкѣ. . 1— 4

І. В. Михайловскій. Университетъ и наука. Вступит. лекція. 1— 18

І. А. Малиновскій. Отзывъ о диссертаціи г. Новомбергскаго „Врачебное строеніе въ до-Петровской Руси“ . . . . . . 1— 11

Отчетъ о состояніи Императорскаго Томскаго Университета за 1907 годъ . . . . 1—221

Журналы Засѣданій Совѣта Императорскаго Томскаго Университета . . . . 1—120

10р

ИЗВѢСТІЯ

Императорскаго Томскаго Университета

состоятъ изъ двухъ отдѣловъ:

Первый отдѣлъ заключаетъ въ себѣ ученые труды членовъ Университета, наблюденія, замѣтки и проч.; во второмъ помѣщаются: отчетъ о состояніи Университета за истекшій годъ, журналы засѣданій Совѣта, програмы и обозрѣнія преподаванія, рецензіи о работахъ, представленныхъ на соисканіе медалей, отзывы о диссертаціяхъ и другія данныя, касающіяся внутренней жизни Университета.

Въ видѣ приложенія къ Извѣстіямъ печатаются болѣе обширныя оригинальныя статьи и руководства.

Цѣна тридцать четвертой книги 2 рубля.

Съ требованіями обращаться къ Ректору Императорскаго Томскаго Университета или къ Коммиссіонеру Университета Петру Ивановичу Макушину: Томскъ, книжный магазинъ П. И. Макушина.

